

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TERAPEUTA E CLIENTE: PERSPETIVAS SOBRE O PROCESSO  
TERAPÊUTICO, TIPO DE *FEEDBACK* E PERCEÇÃO DE EFICÁCIA**

Ana Mafalda do Rêgo Barreto de Almeida Bruno

Orientadores: Professor Doutor Telmo Ventura Mourinho Baptista e Professora Doutora Luana Cunha  
das Neves Teixeira Ferreira

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor no ramo de Psicologia,  
especialidade de Psicologia Clínica

2020



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TERAPEUTA E CLIENTE: PERSPETIVAS SOBRE O PROCESSO TERAPÊUTICO,  
TIPO DE *FEEDBACK* E PERCEÇÃO DE EFICÁCIA**

Ana Mafalda do Rêgo Barreto de Almeida Bruno

Orientadores: Professor Doutor Telmo Ventura Mourinho Baptista e Professora Doutora Luana Cunha das Neves Teixeira Ferreira

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor no ramo de Psicologia, especialidade de Psicologia Clínica

Júri

Presidente:

Doutora Isabel Maria de Santa Bárbara Teixeira Nunes Narciso Davide, Professora Associada e Vice-Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Catarina Marques da Silveira Vaz Velho, Professora Auxiliar da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora;
- Doutor David Manuel Dias Neto, Professor Auxiliar Convidado Departamento de Psicologia Social e Organizacional do ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida;
- Doutor Telmo Ventura Mourinho Baptista, Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, orientador;
- Doutora Maria Isabel Real Fernandes Sá, Investigadora Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.



---

## AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação obrigou a muita dedicação, muita disciplina, muita resiliência, mas acima de tudo, a uma enorme capacidade de gestão e superação de frustrações que ocorreram ao longo da sua construção. Trouxe, igualmente, muitas alegrias, muitos *insights* e, por vezes, até alguma euforia. Mas trouxe, principalmente, muito crescimento pessoal e profissional.

E porque início os agradecimentos desta forma? Precisamente para poder partilhar toda esta montanha de emoções paradoxais com aqueles que pensam, um dia, iniciar um processo semelhante, alertando que se vão deparar com dificuldades que podem levar, muitas vezes, a uma tendência para desistir. Mas não desistam. Demore o que demorar, não desistam. Agarrem-se ao motivo que vos levou a iniciar este processo e acreditem nele até ao fim. Lembro-me de ter tido uma professora na universidade que aconselhou os alunos a iniciar um trabalho deste tipo, apenas em momentos da nossa vida que estejamos com estabilidade e capacidade para nos focarmos. Na altura fez-me sentido, mas e a vida, funciona assim...? Raramente. Até porque a vida é muito dinâmica e, quem gosta de a saborear, naturalmente que acaba por sair da sua zona de conforto, criando assim, momentos de maior complexidade e incerteza, processo inerente a qualquer adaptação. E uma tese de doutoramento não se faz em pouco tempo, por isso, a probabilidade de, ao longo do seu desenvolvimento nos depararmos com adversidades, é elevadíssima. Sabemos que as adversidades fazem parte da vida, o problema é quando elas acontecem “Logo agora que eu tinha iniciado esta parte que vai exigir 100% de mim...”. Mas é assim mesmo. Então, agarramo-nos ao motivo que nos levou a tomar esta decisão, usufruímos de toda a motivação intrínseca que tivermos, bebemos toda e qualquer informação ou acontecimento externo que nos possa ajudar a motivar, recorrendo áquilo que nos traz segurança e estabilidade, mas também a tudo aquilo que nos faz sentir bem e felizes com a vida. No fundo, damos sentido a este longo percurso recorrendo a todas as armas e recursos que estão ao nosso alcance, para, lá à frente, podermos sentir a gratificação exímia desta conquista. Fica aqui a partilha, na esperança que, um dia, possa ajudar alguém que se encontre numa encruzilhada semelhante. E agora sim, vamos aos agradecimentos.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus orientadores. À Professora Doutora Luana Cunha Ferreira, por ter herdado este projeto e o ter abraçado como próprio, pela sua sapiência, rigor científico e competência exímia, pela sua capacidade em lidar com todos os contratemplos deste percurso, estando sempre disponível para os superar. Por toda a sua sensibilidade e vertente humana que me fizeram acreditar no seu empenho, confiar na sua seriedade e dedicação, revelando que um trabalho de equipa contempla sempre os afetos, e sem eles, nunca poderemos atingir a sua plenitude. Obrigada Professora, do fundo do coração. Ao Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista que aceitou esta orientação numa altura controversa deste projeto, assumindo um rumo que inicialmente não lhe pertencia, acompanhando-o até ao seu término, sempre com rigor científico, sabedoria,

---

competência, e, acima de tudo, motivação e força na reta final. Obrigada Professor, pela sua disponibilidade e responsividade.

Agradeço a todos os participantes, pela sua disponibilidade e autenticidade. Sem a primeira, a realização deste trabalho não teria sido possível, e sem a segunda, a evolução da ciência seria impossível. Participar no avanço da investigação e do conhecimento científico é um ato de nobreza, e partilhar o conhecimento pela comunidade científica é um dever moral, sabendo que estamos a contribuir para sermos melhores profissionais.

Agradeço ao meu filho Tomás que me tem acompanhado nos últimos vinte e seis anos da minha vida, sempre com muito apoio, muita compreensão, muita dedicação, compaixão, mas acima de tudo, com muito amor. És Grande, meu querido filho e, aquilo que és, per se, é o suficiente para seres feliz. És o meu amor incondicional e infinito.

Agradeço ao meu grande companheiro de todos os serões, mesmo que já ausente, o meu eterno amigo, fiel e dedicado gato, de seu nome Gato. Foram 19 anos em conjunto, com muitas alegrias e tristezas partilhadas, sempre ao meu lado, e ajudaste-me a compreender o que significa, verdadeiramente, o conceito de amizade. Estás sempre no meu coração.

Às minhas amigas mais fiéis e leais, Carla e Cláudia, e à minha cunhada Maria João, que sempre me incentivaram e ajudaram nos momentos mais difíceis. Sem elas, nada disto teria sido possível. Eternamente grata por vos ter na minha vida!

Ao meu Pai, que sempre incentivou este esforço, sem exigências nem cobranças, ensinando que, acima de tudo, o que fazemos temos que o fazer com seriedade e sentido de responsabilidade. Obrigada, Pai, pelos pilares de conduta que sempre me ensinou.

Ao Nuno que, embora só tenha presenciado os momentos finais de término deste trabalho, me deu sempre o seu amor, o seu carinho, a sua compreensão, a sua disponibilidade. Grata por te ter conhecido e grata por estares ao meu lado. Acredito que sejas o meu Karma, e a minha vida, depois de te conhecer, ganhou outro sentido. A tua bondade e a tua compreensão fazem de mim uma melhor pessoa e fazem-me acreditar mais que a vida vale a pena. Amo-te, até ao fim do mundo...

Finalmente, a todos aqueles que passaram na minha vida e, das formas mais variadas, me ajudaram a ser aquilo que sou, e contribuíram para a minha força, para a minha resiliência e para a minha integridade, características que contribuíram para o rigor deste trabalho e me ajudaram a completar esta tarefa.

---

---

RESUMO

A investigação em psicoterapia mostra que a relação terapêutica e as características do cliente e terapeuta influenciam os resultados do processo psicoterapêutico. Mostram ainda que a “pessoa” do terapeuta, na sua componente relacional e humana, mais que no seu conhecimento técnico, são uma condição necessária para o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica, contribuindo assim para o sucesso da terapia. A perspectiva do cliente naquilo que melhor contribui para esta aliança tem sido também avaliada nas últimas décadas, sendo esta contribuição um fator determinante para se entender não só “O quê”, mas também “De que forma” se pode fazer a diferença no impacto terapêutico. A Psicologia tradicional, pela sua evolução histórica e necessidades que a fizeram emergir no mundo da ciência, tem-se focado fundamentalmente nos aspetos psicopatológicos que têm surgido na sociedade. No entanto, o Ser Humano é um todo composto por desafios que incluem não somente fragilidades, mas também forças e virtudes, características que o ajudam na superação das dificuldades, capitalizando o que o faz sentir bem, contribuindo assim para a prevenção da doença mental. As emoções são, fundamentalmente, adaptativas, mas são igualmente uma forma de sentir o mundo numa perspectiva positiva ou negativa. Neste âmbito surge a Psicologia Positiva (PP), que pretende conhecer o que contribui para o nosso bem-estar, identificar os processos que estão na base da resiliência e ajudam na reestruturação dos conflitos, enfatizando as emoções positivas (EP). Fenómenos como o florescimento, a positividade e a capitalização com responsividade têm vindo a ser estudados nas últimas décadas, mostrando o seu impacto para o funcionamento ótimo do ser humano e também para processos de vinculação e proximidade social, contribuindo assim para uma vivência com bem-estar, mais que uma sobrevivência adaptativa.

Este estudo teve como objetivo avaliar, num contexto psicoterapêutico, que características do terapeuta e do cliente são percebidas como mais impactantes para o processo terapêutico, e de que forma a produção de EP induzidas através de técnicas específicas são percecionadas e podem contribuir para o sucesso da terapia. Esta avaliação foi efetuada através da gravação áudio de 40 sessões de psicoterapia e de 16 entrevistas semiestruturadas aplicadas após as 5 primeiras sessões de cada díade, num total de 8 díades (terapeuta e cliente), analisando os maiores contributos para o processo terapêutico e de que forma os fenómenos do florescimento, da positividade e da capitalização com responsividade são percecionados no ambiente clínico, contribuindo para o seu sucesso. Os participantes deste estudo foram todos do sexo feminino: quatro terapeutas com uma média de experiência como psicoterapeutas breves ( $M = 7,25$  anos;  $DP = 1,90$ ) e oito clientes com uma média de 36,75 anos ( $\text{Grupo} = (22-43)$ ;  $DP = 10,27$ ). Através de uma análise quantitativa, avaliámos os resultados das 40 sessões com base em dois modelos da PP, Fredrickson e Losada (2005) e Gable, Gonzaga, e Strachman (2006) de forma a quantificar as dimensões dos mesmos (atos de fala positivos, atos de fala negativos, respostas ativas construtivas, respostas ativas destrutivas, respostas passivas construtivas e respostas passivas destrutivas) e o

---

tipo de orientação (problemática, sucesso, neutro). Posteriormente, através da Grounded Theory, foram analisadas as entrevistas, avaliando as percepções dos participantes no que diz respeito ao maior contributo para o processo terapêutico, o tipo de *feedback* e eficácia terapêutica.

Da análise qualitativa das entrevistas salientaram-se 4 temas distintos: 1) O maior contributo para o processo terapêutico; 2) O impacto do *feedback* positivo orientado para o sucesso; 3) O impacto do *feedback* negativo, neutro e orientado para a problemática; 4) A eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das percepções. No primeiro, as categorias Cuidar, Disponibilidade, Atitude Construtiva e Profissionalismo emergiram como o maior contributo percebido para o processo terapêutico, bem como para a identificação e convergência de dois momentos principais: Momentos Altos (que podem revelar sincronia entre terapeuta e cliente, com consciencialização do foco terapêutico); e Desejos (tendo em consideração que objetivos comuns são preditores de sucesso). No segundo, emergiram duas grandes categorias: Respostas Ativas Construtivas e Atos de Fala Positivos, onde a primeira reforça, encoraja, fortalece e gera confiança, e a segunda serve de gatilho para criação de novas estratégias, validação, incentivo e revela interesse e aceitação por parte do terapeuta. Ambas têm características em comum bem como características que as distinguem, e são percecionadas como eficazes e satisfatórias com algumas restrições. No terceiro, as categorias Respostas Orientadas para a Problemática, Atos de Fala Negativos e *Feedback* Neutro, foram as mais nomeadas, onde a primeira ajuda a gerir angústias, denota interesse e fomenta a partilha, a segunda confronta e estimula questionamento, mas deve ser dita num formato construtivo, e a terceira é usada para temáticas menos valorizadas mas também promove reflexão e crescimento. No quarto e último tema, a percepção de eficácia foi elevada para a maioria dos participantes, mas requer algumas características, nomeadamente a capacidade de o terapeuta adaptar as ferramentas a cada caso, a disponibilidade do cliente para a mudança, a sua motivação e sentido de responsabilidade. Como justificação para o sucesso da terapia, mais de metade da amostra referiu que houve uma boa evolução terapêutica tendo ficado próxima do valor máximo, e menos de metade justificou-a pelo desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica. Relativamente à confiança no futuro do processo terapêutico, a maioria da amostra refere que uma boa adesão, empenho e motivação foram os fatores determinantes para a sua confiança elevada.

Pretendemos assim, contribuir para a intervenção e investigação na área da psicoterapia, com destaque para uma componente, acima de tudo, relacional e humana dos terapeutas, que complementa com a sua componente técnica e profissional. Pretende ainda dar início ao estudo mais aprofundado da aplicação dos fenómenos do florescimento, positividade e capitalização com responsividade na prática clínica, fenómenos até agora estudados sobretudo no âmbito da Psicologia das Organizações e da Terapia de Casal, e da forma os mesmos impactam a relação terapêutica e o sucesso da terapia, em contexto individual. Este trabalho reveste-se de diversas limitações que serão discutidas adiante, nomeadamente, a impossibilidade de efetuar uma recolha



de dados de carácter mais aprofundado, qualitativa e quantitativamente, o que teve impacto nas limitações ao nível na análise de dados, limitando a sua generalização e transferência. Da mesma forma, orientações futuras e implicações clínicas serão discutidas.

**Palavras-chave:** Aliança Terapêutica, Eficácia Terapêutica, Florescimento, Positividade, Capitalização, Responsividade.



## ABSTRACT

Research in psychotherapy shows that therapeutic relationship as well as client and therapist's characteristics influence its outcome. It's also known that it is the therapist's personal characteristics with a relational and human component, rather than its technical knowledge, the necessary condition for the establishment of a good therapeutic alliance, thus contributing to the success of the therapy. The perspective of the client as the best contributor to the knowledge of the alliance has also been evaluated over the past decades, and his contribution is a determining factor in understanding not only "what" but "how" it impacts the alliance. Traditional psychology, due to its historical evolution and the demands that arise in the world of science, has a fundamental focus on the psychopathological aspects that have emerged in society. However, the Human Being has also strengths and virtues, characteristics that helps to avoid mental illness. Emotions are fundamentally adaptive, but they are also a way to feel the world from a positive or negative perspective. In this scope, Positive Psychology (PP), aiming to find the contributions for well-being and the processes that underlie the formation of resilience and the recovery from conflicts, emphasizes positive emotions (PE), studying phenomena such as Flourishment, Positivity, Capitalization and Responsiveness.

This study aimed to evaluate, in a psychotherapeutic context, which characteristics of the therapeutic treatment and the client are most impactful to the therapeutic process, and which forms the production of induced PE through the use of specific techniques that are perceived and impacted therapy success. The audio recording of 40 psychotherapy sessions and 16 semi-structured interviews applied after the first 5 sessions of each day, was analyzed with the aim of searching for the major perceived contributions to the therapeutic process and for indicators of how the phenomena of flourishment, positivity and responsive capitalization are perceived in the clinical setting, and how their contributions to its success are perceived. Participants were all female: four therapists with an average experience as brief psychotherapists ( $M = 7,25$  years;  $SD = 1,90$ ) and eight clients with an average of 36,75 years ( $Group = (22-43)$ ;  $SD = 10,27$ ) and five reported not being the first time they were in therapy. Through a quantitative analysis, we evaluated the results of the 40 sessions based on two PP models, Fredrickson and Losada (2005) and Gable and collaborators (2006) in order to quantify their dimensions and the type of guidance. Subsequently, through the Grounded Theory, the interviews were analyzed, evaluating the participants' perceptions regarding the major contribution to the therapeutic process, the type of feedback and therapeutic effectiveness.

From the qualitative analysis of the interviews, four distinct themes were highlighted: 1) The greatest contribution to the therapeutic process; 2) The impact of positive feedback; 3) The impact of negative, neutral and problem-oriented feedback; 4) The effectiveness of therapy, the causes for its success and confidence and the (dis)tuning of perceptions. In the first theme, categories like Care, Availability, Constructive Attitude and

---

Professionalism emerged as the major perceived contribution to the therapeutic process, as well as to the identification and convergence of two main moments: High Moments (which may reveal synchronicity between therapist and client, with awareness). therapeutic focus); and Desires (given that common goals are predictors of success). In the second, two broad categories emerged: Active Constructive Responses and Positive Feedback, where the first reinforces, encourages, strengthens and builds trust, and the second is like a trigger for new strategies, validation, encouragement, and reveals interest and acceptance from the therapist. Both have characteristics in common as well as characteristics that distinguish them and are perceived as effective and satisfactory with some restrictions. In the third theme, Problem Oriented Answers, Negative Feedback and Neutral Feedback were the categories most named, where the first helps to manage distress, denotes interest from the therapist and fosters sharing, the second confronts and encourages questioning, and the third is used for less valued themes but also promotes reflection and growth. In the fourth and last theme, the perception of effectiveness was high for most participants, but it requires some characteristics, namely the therapist's ability to adapt the tools to each case, the client's willingness to change, their motivation and sense of responsibility. As a justification for the success of the therapy, more than half of the sample reported that there was a good therapeutic evolution, being close to the maximum value, and less than half justifying it by the development of a good therapeutic alliance. Regarding confidence in the future of the therapeutic process, most of the sample reported that good adherence, commitment and motivation were the determining factors for their high confidence.

Thus, we intend to contribute to the intervention and research in the area of psychotherapy, highlighting a relational and human component of therapists, which complements with its technical and professional component. It also intends to begin a deeper study of the application of flowering, positivity and capitalization phenomena with responsiveness in clinical practice, phenomena hitherto studied mainly within Organizational Psychology and Couple Therapy, and how they impact the therapeutic relationship. and the success of therapy in an individual context. This work has several limitations that will be discussed below, namely, the impossibility of making a more in-depth, qualitative and quantitative data collection, which had an impact on the level limitations in the data analysis, limiting its generalization and transfer. Similarly, future guidelines and clinical implications will be discussed.

**Keywords:** Alliance, Effectiveness, Flourishment, Positivity, Capitalization, Responsiveness.

---

## ÍNDICE GERAL

Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vi
<i>Abstract</i> .....	xi
Introdução .....	17
1      Capítulo. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
1.1 <b>Os fatores comuns como os principais preditores de eficácia terapêutica .....</b>	<b>23</b>
1.1.1      A AT como o terreno necessário para que ocorra a mudança .....	24
1.2 <b>A componente humana e relacional do processo terapêutico.....</b>	<b>29</b>
1.2.1      O foco no cliente como a “chave” para o sucesso do tratamento .....	31
1.2.2      Os contributos para a mudança terapêutica, na perspetiva do cliente .....	32
1.2.3      A “Pessoa” do terapeuta .....	36
1.2.4      Os contributos para a mudança terapêutica, na perspetiva do terapeuta .....	38
1.3 <b>Psicologia Positiva .....</b>	<b>41</b>
1.3.1      A Positividade e o Florescimento .....	41
1.3.2      A Capitalização e a Responsividade.....	46
2      Capítulo. MÉTODO .....	51
2.1 <b>Objetivos e questões de investigação.....</b>	<b>52</b>
2.2 <b>Desenho do estudo .....</b>	<b>55</b>
2.2.1      Métodos mistos - Complementariedade do método quantitativo e qualitativo .....	56
2.2.1.1      Método quantitativo - Estudo descritivo .....	59
2.2.1.2      Método qualitativo - GT.....	60
2.2.2      Participantes.....	62
2.2.3      Instrumentos de recolha de dados.....	64
2.2.3.1      Gravação das sessões.....	65
2.2.3.2      Entrevista.....	66
2.2.4      Procedimento .....	69
2.2.5      Análise de dados.....	72
2.2.5.1      Análise das sessões.....	72
2.2.5.2      Análise das entrevistas .....	74
2.2.6      Questões éticas associadas à investigação.....	76

3	Capítulo. RESULTADOS .....	78
3.1	<b>CLASSIFICAÇÃO LONGITUDINAL DAS 40 SESSÕES.....</b>	<b>79</b>
3.2	<b>TEMA 1: O MAIOR CONTRIBUTO PARA O PROCESSO TERAPÊUTICO .....</b>	<b>81</b>
3.2.1	As principais características do processo terapêutico.....	82
3.2.2	Momentos altos do processo.....	85
3.2.2.1	Momentos altos convergentes .....	86
3.2.3	Principais desejos para o processo.....	89
3.2.3.1	Desejos convergentes .....	90
3.3	<b>TEMA 2: O IMPACTO DO <i>FEEDBACK</i> POSITIVO ORIENTADO PARA O SUCESSO ..</b>	<b>93</b>
3.3.1	Impacto das RAC.....	95
3.3.2	Impacto dos AF+ .....	97
3.3.3	O que aproxima e distingue as RAC e AF+ .....	99
3.3.3.1	O que as aproxima.....	100
3.3.3.2	O que as distingue .....	104
3.3.4	Relação entre AF+, RAC e RPC com eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria de sintomas .....	107
3.4	<b>TEMA 3: O IMPACTO DO <i>FEEDBACK</i> NEGATIVO, NEUTRO E DAS RESPOSTAS ORIENTADAS PARA A PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>112</b>
3.4.1	Impacto das ROP .....	113
3.4.2	Impacto dos AF- .....	115
3.4.3	Impacto do <i>Feedback</i> neutro .....	116
3.4.4	Relação entre ROS e ROP com eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria de sintomas .....	117
3.4.5	Relação entre PDS, PDP com eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria de sintomas .....	118
3.5	<b>TEMA 4: A EFICÁCIA DA TERAPIA, AS CAUSAS PARA O SEU SUCESSO E CONFIANÇA E AS (DES)INTONIAS DAS PERCEÇÕES.....</b>	<b>120</b>
3.5.1	A eficácia da terapia na perspectiva do participante .....	121
3.5.2	Causas para o sucesso da terapia .....	122
3.5.2.1	Porque correu bem.....	122
3.5.2.2	O que precisa ser melhorado .....	123
3.5.3	Causas para a confiança no futuro da terapia .....	125
3.5.3.1	Porque correu bem.....	125
3.5.3.2	O que precisa ser melhorado .....	126

---

3.5.4	As razões da eficácia terapêutica e as (Des)sintonias percepções.....	128
3.5.4.1	Satisfação com melhoria dos sintomas e evolução do processo .....	128
3.5.4.2	Satisfação com evolução do processo terapêutico tendo em conta as 5 sessões (rapidez)....	131
3.5.4.3	Percepção de eficácia (sucesso e confiança) do processo terapêutico .....	133
3.5.4.4	Agregação da melhoria dos sintomas, da satisfação com evolução do processo e rapidez, e da percepção de eficácia .....	134
<b>3.6</b>	<b>TEMA 5: EXPLORAÇÃO DOS NOVOS RESULTADOS.....</b>	<b>136</b>
3.6.1	Distribuição do maior contributo para o processo terapêutico pelas díades convergentes e divergentes.....	136
3.6.2	Distribuição do maior contributo para o processo terapêutico e respetivos valores de sucesso e confiança.....	138
<b>4</b>	<b>Capítulo. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>140</b>
<b>4.1</b>	<b>Discussão dos resultados por tema.....</b>	<b>142</b>
4.1.1	Tema 1 - O maior contributo para o processo terapêutico .....	142
4.1.2	Tema 2 - O impacto do <i>feedback</i> positivo orientado para o sucesso.....	150
4.1.3	Tema 3 - O impacto do <i>feedback</i> negativo, neutro e das respostas orientadas para a problemática .....	160
4.1.4	Tema 4 - A eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das percepções .....	167
4.1.5	Tema 5 - Exploração dos novos resultados .....	172
<b>4.2</b>	<b>Discussão geral.....</b>	<b>173</b>
<b>4.3</b>	<b>Reflexões e limitações do estudo.....</b>	<b>202</b>
<b>4.4</b>	<b>Sugestões para a prática clínica e investigação.....</b>	<b>204</b>
	Referências.....	211
	Apêndices .....	243
	Anexos .....	253

---





## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa conceptual da investigação .....	55
Figura 2.	Quadro síntese dos cinco temas resultantes deste estudo .....	78
Figura 3.	Distribuição das médias por itens quantificados nas 40 sessões .....	80
Figura 4.	Quadro síntese das categorias e subcategorias que integram o Tema 1.....	81
Figura 5.	Quadro síntese das categorias e subcategorias que integram o Tema 2 .....	93
Figura 6.	Perceção de confiança dos clientes (Baixa e Alta) e RAC (Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto) .....	108
Figura 7.	Perceção de sucesso dos clientes (Baixa e Alta) e RAC (Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto).	109
Figura 8.	Perceção de confiança dos clientes (Baixa e Alta) e RPC (Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto) .....	109
Figura 9.	Perceção de confiança dos terapeutas (Baixa e Alta) e RPC (Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto) .....	110
Figura 10.	Perceção de sucesso dos terapeutas (Baixa e Alta) e RPC (Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto) .....	110
Figura 11.	Distribuição das categorias RAC e RPC pelos clientes e terapeutas, no seu valor médio de (eficácia, rapidez e satisfação) .....	111
Figura 12.	Quadro síntese das categorias e subcategorias que integram o Tema 3 .....	112
Figura 13.	Perceção de sucessos igual a perceção de problemas com perceção de sucesso .....	119
Figura 14.	Perceção de sucessos igual a perceção de problemas com perceção de confiança .....	119
Figura 15.	Quadro síntese das categorias e subcategorias que integram o Tema 4 .....	120
Figura 16.	Distribuição nas díades, das principais características associadas ao sucesso terapêutico .....	138
Figura 17.	Distribuição da frequência total dos maiores contributos do processo terapêutico e respetivas médias de sucesso e confiança.....	138
Figura 18.	Mapa conceptual da análise e tratamento dos dados .....	142

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição nas respectivas díades do resultado da análise longitudinal dos itens classificados nas 40 sessões, expressos em médias de percentagens.....	79
Tabela 2.	Distribuição das categorias e subcategorias “Os maiores contributos do processo terapêutico” pelos terapeutas e clientes.....	85
Tabela 3.	Distribuição das subcategorias “Momento altos do processo terapêutico” pelos terapeutas e clientes.....	86
Tabela 4.	Relação das díades convergentes “Momentos altos” com o grau da perceção de sucesso na terapia.....	88
Tabela 5.	Relação das díades convergentes “Momentos altos” com o grau da perceção de confiança na terapia.....	88
Tabela 6.	Distribuição das subcategorias dos “Principais desejos do processo” pelos terapeutas e clientes.....	89
Tabela 7.	Relação das díades convergentes para “Principais Desejos” com o grau de perceção de sucesso na terapia.....	91
Tabela 8.	Relação das díades convergentes nos “Principais Desejos” com o grau de perceção de confiança na terapia.....	92
Tabela 9.	Distribuição das subcategorias em comum pelos AF+ e RAC.....	103
Tabela 10.	Distribuição das subcategorias comuns aos AF+ e RAC, pelos terapeutas e clientes .....	104
Tabela 11.	Distribuição pelos AF+ e RAC das suas subcategorias distintas.....	106
Tabela 12.	Distribuição das diferentes subcategorias em AF+ e RAC, pelos terapeutas e clientes.....	107
Tabela 13.	Distribuição das subcategorias das “Respostas orientadas para a problemática” pelos terapeutas e clientes.....	114
Tabela 14.	Distribuição das subcategorias do “Impacto dos atos de fala negativos” pelos terapeutas e clientes.....	116
Tabela 15.	Distribuição das subcategorias do “Impacto do feedback neutro” pelos terapeutas e clientes.....	117
Tabela 16.	Totais de “Perceção de eficácia da terapia” para clientes e terapeutas.....	122

Tabela 17.	Distribuição das categorias “Causas para o sucesso” pelos terapeutas e clientes.....	124
Tabela 18.	Totais da “Percepção de sucesso” para clientes e terapeutas.....	125
Tabela 19.	Distribuição das categorias “Causas para a confiança” pelos terapeutas e clientes.....	127
Tabela 20.	Totais da “Percepção de confiança” para clientes e terapeutas.....	128
Tabela 21.	(Des)sintonias das díades ao nível da satisfação com a melhoria dos sintomas e evolução do processo.....	131
Tabela 22.	(Des)sintonias das díades ao nível da satisfação com a rapidez do processo.....	133
Tabela 23.	(Des)sintonias das díades ao nível da confiança com o processo.....	133
Tabela 24.	(Des)sintonias das díades ao nível do sucesso com o processo.....	134
Tabela 25.	(Des)sintonias das díades ao nível da melhoria dos sintomas e evolução do processo, rapidez e percepção de eficácia.....	135
Tabela 26.	Distribuição dos maiores contributos do processo terapêutico pelas díades convergentes...	136
Tabela 27.	Distribuição dos maiores contributos do processo terapêutico pelas díades divergentes.....	137

---

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A.	Consentimento Informado Comissão de Ética do HMP.....	244
Apêndice B.	Consentimento Informado Serviço de Psiquiatria do HMP.....	245
Apêndice C.	Consentimento Informado Terapeutas e Clientes.....	246
Apêndice D.	Operacionalização e controlo das sessões por terapeuta.....	247
Apêndice E.	Dados sociodemográficos dos clientes.....	249
Apêndice F.	Dados sociodemográficos dos terapeutas.....	250
Apêndice G.	Entrevista Terapeutas.....	251
Apêndice H.	Entrevista Clientes.....	252

---

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.	Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade A.....	254
Anexo 2.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TA1 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	255
Anexo 3.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CA1 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	256
Anexo 4.	Descrição de mapa conceptual díade A ( <i>Top-Down</i> ) .....	257
Anexo 5.	Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade B.....	258
Anexo 6.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TA2 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	259
Anexo 7.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CA2 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	260
Anexo 8.	Descrição de mapa conceptual díade B ( <i>Top-Down</i> ) .....	261
Anexo 9.	Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade C.....	262
Anexo 10.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TB1 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	263
Anexo 11.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CB1 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	264
Anexo 12.	Descrição de mapa conceptual díade C ( <i>Top-Down</i> ) .....	265
Anexo 13.	Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade D.....	266
Anexo 14.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TB2 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	267
Anexo 15.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CB2 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	268
Anexo 16.	Descrição de mapa conceptual díade D ( <i>Top-Down</i> ) .....	269
Anexo 17.	Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade E.....	270
Anexo 18.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TC1 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	271
Anexo 19.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CC1 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	272
Anexo 20.	Descrição de mapa conceptual díade E ( <i>Top-Down</i> ) .....	273

---

Anexo 21.	Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade F.....	274
Anexo 22.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TC2 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	275
Anexo 23.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CC2 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	276
Anexo 24.	Descrição de mapa conceptual díade F ( <i>Top-Down</i> ) .....	277
Anexo 25.	Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade G.....	278
Anexo 26.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TD1 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	279
Anexo 27.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CD1 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	280
Anexo 28.	Descrição de mapa conceptual díade G ( <i>Top-Down</i> ) .....	281
Anexo 29.	Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade H .....	282
Anexo 30.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TD2 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	283
Anexo 31.	Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CD2 ( <i>Bottom-Up</i> ) .....	284
Anexo 32.	Descrição de mapa conceptual díade H ( <i>Top-Down</i> ) .....	285
Anexo 33.	Exemplo Folha Excel da classificação de sessões.....	286
Anexo 34.	Exemplo Folha Excel total das 5 sessões (análise longitudinal) .....	287
Anexo 35.	Tabela resumo das categorias para ajuda na prática clínica .....	288
Anexo 36.	Tabela resumo das categorias no NVIVO .....	289

---

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

A	<i>Processo terapêutico TA1-CA1</i>
AF-	<i>Atos de fala negativos</i>
AF+	<i>Atos de fala positivos</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
AT	<i>Aliança Terapêutica</i>
B	<i>Processo terapêutico TA2-CA2</i>
C	<i>Processo terapêutico TB1-CB1</i>
D	<i>Processo terapêutico TB2-CB2</i>
E	<i>Processo terapêutico TC1-CC1</i>
EP	<i>Emoções Positivas</i>
F	<i>Processo terapêutico TC2-CC2</i>
FIS	<i>Facility Interpersonal Skills</i>
G	<i>Processo terapêutico TD1-CD1</i>
GT	<i>Grounded Theory</i>
H	<i>Processo terapêutico TD2-CD2</i>
IP	<i>Intervenções Positivas</i>
N	<i>Neutro</i>
P	<i>Problema</i>
PDP	<i>Percepção de problemas</i>
PP	<i>Psicologia Positiva</i>
PR	<i>Positive Regard</i>
PDS	<i>Percepção de sucessos</i>
RAC	<i>Respostas Ativas Construtivas</i>
RAD	<i>Respostas Ativas Destrutivas</i>

---

ROP	<i>Respostas orientadas para problemáticas</i>
ROS	<i>Respostas orientadas para sucessos</i>
RP	<i>Ressonância da positividade</i>
RPC	<i>Respostas Passivas Construtivas</i>
RPD	<i>Respostas Passivas Destrutivas</i>
S	<i>Sucesso</i>
SPPB	<i>Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves</i>
TA1	<i>Terapeuta A com Cliente 1</i>
TA2	<i>Terapeuta A com Cliente 2</i>
TB1	<i>Terapeuta B com Cliente 1</i>
TB2	<i>Terapeuta B com Cliente 2</i>
TC1	<i>Terapeuta C com Cliente 1</i>
TC2	<i>Terapeuta C com Cliente 2</i>
TD1	<i>Terapeuta D com Cliente 1</i>
TD2	<i>Terapeuta D com Cliente 2</i>
CA1	<i>Cliente 1 com Terapeuta A</i>
CA2	<i>Cliente 2 com Terapeuta A</i>
CB1	<i>Cliente 1 com Terapeuta B</i>
CB2	<i>Cliente 2 com Terapeuta B</i>
CC1	<i>Cliente 1 com Terapeuta C</i>
CC2	<i>Cliente 2 com Terapeuta C</i>
CD1	<i>Cliente 1 com Terapeuta D</i>
CD2	<i>Cliente 2 com Terapeuta D</i>
G18-25	<i>Grupo de idades compreendidas entre 18 e 25 anos</i>

---



G26-35      *Grupo de idades compreendidas entre 26 e 35 anos*

G36-45      *Grupo de idades compreendidas entre 36 e 45 anos*



## Introdução

A Psicoterapia, desde o início dos anos 90, tem-se dedicado à investigação das suas diferentes dimensões e variáveis, e em perceber qual o contributo de cada uma delas para a mudança e eficácia terapêutica (Ahn & Wampold, 2001; Baldwin & Imel, 2015; Castonguay & Beutler, 2006; Castonguay, Eubanks, Goldfried, Muran, & Lutz, 2015; Grawe, 1997; Lambert, Garfield, & Bergin, 2004; Lambert, 2013; Luborsky et al., 2002; Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005; Norcross & Lambert, 2011, 2018; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Russell & Orlinsky, 1996; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980; Wampold & Imel, 2015). Como resultados destas investigações foram identificados fatores comuns que são compartilhados entre as mais diversas abordagens psicoterapêuticas e estão na base da eficácia terapêutica (Lambert, 1992; Wampold & Imel, 2015; Castonguay et al., 2015); e fatores dependentes do terapeuta, sabendo-se que estes diferem entre si quanto ao seu nível de eficácia (Baldwin & Imel, 2015; Blow, Sprenkle, & Davis, 2007; Wampold, 2001), que os efeitos do terapeuta parecem ser maiores que os efeitos do tratamento (Lindgren, Folkesson, & Almqvist, 2010) e que a formação, a experiência e a orientação teórica do mesmo parecem não explicar a maioria dos efeitos da terapia (Beutler et al., 2004; Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003; Stirman & Crits-Cristoph, 2011). Em 2006, Castonguay e Beutler sugerem que a eficácia e mudança terapêuticas podem ser associadas a três fatores determinantes: (a) técnicas específicas das diferentes abordagens teóricas; (b) variáveis associadas à relação terapêutica; e (c) características do cliente e do terapeuta. Posteriormente, novos estudos demonstraram que cerca de 40% dos efeitos da Psicoterapia se devem a uma variância não explicada, sendo a explicada, atribuível a diferentes fatores: (a) variáveis do cliente (30%); (b) relação terapêutica (12%); (c) métodos específicos (8%); (d) variáveis do terapeuta (7%); e finalmente (e) a variáveis não específicas (3%) (Lambert, 2013; Norcross & Lambert, 2011, 2018). Através deste tipo de investigação quantitativa, sabemos responder à pergunta sobre o que influencia positivamente a eficácia terapêutica, mas fica por responder ao “Como” e “Quando” esta influência é mais eficaz.

Como resposta a estas questões tem havido um crescimento significativo no uso de abordagens qualitativas para explorar a perspectiva dos clientes e dos psicoterapeutas em Psicoterapia e investigar o que contemplam os processos terapêuticos. Os métodos qualitativos são cada vez mais reconhecidos como uma ferramenta útil para investigar o mundo experiencial dos clientes e dos terapeutas, explorando o contexto relacional das intervenções clínicas e o estudo dos processos de crescimento pessoal (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999; Levitt, 2016; McLeod, 2011; Rennie, 2004). Neste sentido, a investigação qualitativa tem sido muito procurada, dando voz aos participantes e mantendo-se mais próxima da experiência vivida e sentida em Psicoterapia, proporcionando uma maior compreensão do seu significado para o sujeito (McLeod, 2011); valoriza também a riqueza das perspectivas dos clientes de forma a obter um melhor entendimento do sucesso da

terapia e da prática clínica, podendo ajudar a esclarecer os mecanismos de mudança terapêutica e a revelar formas mais eficazes de prestar melhores serviços por parte dos clínicos (Laska, Gurman, & Wampold, 2014).

Tradicionalmente, a Psicologia investigava e intervinha sobretudo no âmbito da psicopatologia. Em 1998, Seligman assume a presidência da *American Psychological Association* (APA) e decide orientar o seu mandato contrariando esta tendência, reequilibrando-a através da atenção científica dada à experiência humana positiva. Em Janeiro de 2000, juntamente com Csikszentmihalyi, publica uma edição especial do *American Psychologist* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), na qual enfatizam que a Psicologia não produzia conhecimento suficiente sobre os aspetos virtuosos e as forças pessoais que todos os seres humanos possuem. Nesta importante publicação, apontaram as lacunas presentes nas investigações psicológicas e destacaram a necessidade de se desenvolver pesquisas sobre os aspetos psicológicos positivos.

Como resposta a esta necessidade, surge uma nova corrente da Psicologia, a Psicologia Positiva (PP), tendo como objetivo principal pesquisar e identificar as virtudes do indivíduo e dos grupos humanos, melhorar a qualidade de vida e criar condições que ajudem na prevenção de desenvolvimento de psicopatologias (Paludo & Koller, 2007). Na procura e descoberta daquilo que promove a excelência do ser humano, Seligman (2002) vem afirmar que chegou o momento da Psicologia se preocupar em ampliar o campo e modificar o foco de estudos, ou seja, da Psicologia não estar restrita apenas a reparar o que está errado e disfuncional, mas sim a (re)construir qualidades positivas. Este autor afirma ainda que, estudar o comum e o positivo pode propiciar o entendimento do que adoeceu ou não está bem, sendo este “comum” tudo o que diz respeito a aptidões e fatores saudáveis, características fundamentais para levar a cabo qualquer intervenção psicoterapêutica (Seligman, 2002). Deste modo, a PP não vem tratar algo diferente ou inexistente, vem sim dar ênfase e privilegiar aspetos que, até então, foram considerados secundários. De acordo com esta nova visão, conhecer as forças e virtudes ajuda no florescimento das pessoas, comunidades e instituições. O termo florescimento tem sido usado na PP, sendo definido por Keyes e Haidt (2003) como uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos. Os mesmos autores salientam ainda que o florescimento significa um estado no qual os indivíduos sentem uma emoção positiva pela vida, apresentam um ótimo funcionamento emocional e social, e não possuem problemas relacionados à saúde mental, vivendo intensamente, mais do que meramente existindo. Da mesma forma, esta vertente da Psicologia afirma que viver uma vida rica e gratificante deve incluir a capacidade de desfrutar e saborear as coisas boas da vida, sendo a construção psicológica de eventos de vida positivos uma parte importante da experiência diária, podendo-nos ajudar a identificar onde estão as nossas competências e talentos (Langston, 1994). Tal contrasta com a atenção especial atribuída a como proceder para evitar e lidar com as problemáticas do dia-a-dia, prestando assim menor atenção às experiências positivas da vida (Edwards & Cooper, 1988; Taylor, 1991).

Desde que surgiu o conceito de PP têm sido publicados vários estudos, envolvendo a identificação e estudo dos traços positivos e emoções positivas (EP), havendo atualmente fortes evidências de que as EP merecem ser cultivadas como meio para alcançar sucesso e crescimento psicológico, melhoria da saúde mental e física, promover relacionamentos sociais e conjugais mais satisfatórios e duradouros, e até mudanças sociais positivas (Boehm & Lyubomirsky, 2008; Diener & Seligman, 2002; Isen, 1999; Lyubomirsky, King, & Diener, 2005; Pressman & Cohen, 2005). Atualmente, sabe-se que muitas práticas, como por exemplo interpretar e responder a eventos de vida de determinada forma, podem aumentar as EP (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005a), e que pessoas que se envolvem em atividades sociais com o objetivo de aumentar EP (p.e: passar tempo com a família e encontrar-se com amigos), em atividades de recreação pessoal (p.e.: hobbies ou interesses), de comportamentos orientados por objetivos (p.e: trabalhar em algo que lhe dá um sentimento de realização pessoal) ou atividades espirituais (p.e: orar, meditar), têm índices de felicidade mais elevados (Henricksen & Stephens, 2012; Tkach & Lyubomirsky, 2006). De referir no entanto que embora as EP tenham sido frequentemente nomeadas pela investigação nos últimos anos, há alguma controvérsia relativamente a este adjetivo (positivo/negativo), sendo tal defendido por autores que afirmam que as emoções não são positivas nem negativas, mas sim subjetivamente eufóricas (agradáveis) ou disfóricas (desagradáveis) e adaptativas ou não-adaptativas (Vasco, 2013); as EP surgem deste modo como um instrumento para avaliarmos o meio e agirmos de forma adaptativa, servindo como marcadores das experiências diárias, sem as quais a compreensão dos fenómenos ficaria incompleta, e, neste sentido, as emoções são tão importantes como a razão, fazendo parte dos processos de tomada de decisão, advindo dos nossos processos cognitivos (Damásio, 1994).

Investigadores da PP desenvolveram técnicas de forma a aumentar diretamente as EP (Anik, Aknin, Norton, Dunn, & Quidbach, 2013; Biswas-Diener, 2009; Fava et al., 2005; Page & Vella-Brodrick, 2013; Rustøen & Hanestad, 1998). São técnicas classificadas como “Intervenções Positivas” (IP), que podem ser definidas como intervenções destinadas a promover o bem-estar (ao invés de diminuir sentimentos e comportamentos problemáticos) através da promoção destas emoções, pensamentos e comportamentos (Parks & Biswas-Diener, 2013; Schueller, Kashdan, & Parks, 2014). Diferentes tipos de IP demonstram aumentar significativamente estas emoções e aliviar sintomas depressivos com um nível de eficácia semelhante à psicoterapia tradicional (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009). Além disso, embora a terapia tradicional se tenha concentrado predominantemente em formas de reduzir as emoções negativas, é cada vez mais reconhecido que, ajudar os clientes a aumentar as EP deve ser central no processo terapêutico (Wood & Tarrier, 2010).

Do ponto de vista teórico, começámos por nos situar na explicação dos conceitos e constructos envolvidos na eficácia e mudança terapêutica, enfatizando a aliança terapêutica (AT), as características dos seus

participantes, e a componente humana e relacional associada ao processo terapêutico, fatores identificados como os grandes preditores do seu sucesso. Defendemos as perspectivas de autores como Messer e Wampold que, em 2002, defenderam que a qualidade da relação terapêutica depende da existência de um ambiente de intimidade e segurança que promove a partilha do sofrimento por parte do cliente, a disposição do terapeuta para o ouvir, uma relação interpessoal de confiança mútua com um mínimo de julgamento moral da parte do terapeuta, e a evidência de que o terapeuta, explícita ou implicitamente, é capaz de inspirar esperança e encorajar o cliente a ver a vida a partir de uma nova perspectiva. Em 2012, Wampold vem afirmar que todas as psicoterapias são humanistas, uma vez que os fatores comuns que as tornam eficazes são aqueles que estão relacionados com as características humanas mais evoluídas, e incluem: dar sentido ao mundo através da construção de significados; uma influência social, onde o terapeuta facilita a ligação emocional e aumenta a probabilidade de influência, respeitando valores como a congruência, o aspeto cultural e a adaptação ao tipo de funcionamento em causa; e a psicoterapia cria mudança através da relação, criação de expectativas e um sentimento de domínio, onde a relação terapêutica é uma ligação única e verdadeira, com características de empatia e carinho por parte do terapeuta, sendo assim, por si só terapêutica, uma vez que as relações humanas são essenciais para o bem-estar.

Posicionamo-nos, em seguida, face à explicação da importância do foco no cliente como um fator crucial e reconhecido pelo corpo científico que interfere positivamente no sucesso da terapia (Bohart & Wade, 2013; Hodgetts & Wright, 2007; Levitt, Pomerville, & Surace, 2016), identificando o que promove AT e quais os facilitadores da mudança terapêutica, e evidenciamos de que forma a “pessoa” do terapeuta está associada à qualidade da relação terapêutica, com características de abertura à experiência, flexibilidade e responsividade, tolerância à incerteza e à frustração (Lambert & Ogles, 2004; Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998); bem como, experiência clínica, expressão emocional calorosa, congruência e estilo interpessoal como a comunicação com empatia, demonstração de respeito, colaboração e a exploração de temas interpessoais (Smith-Hansen, Constantino, Piselli, & Remen, 2011).

Terminamos com uma introdução à PP, no que esta concerne e como pode ser um complemento à Psicoterapia, passando à apresentação dos fundamentos teóricos de dois modelos desta corrente, Gable e colaboradores (2006) e Fredrickson e Losada (2005), onde o primeiro mostra que através do reforço a acontecimentos positivos de outros que nos são próximos podemos impactar positivamente no seu bem-estar, reforçando assim a qualidade das relações interpessoais; e o segundo defende que pessoas ou equipas com um rácio de positividade elevado (sentimentos agradáveis superiores a desagradáveis) são caracterizadas como pessoas ou equipas que florescem. Tendo em consideração que as EP influenciam positivamente no bem-estar e que a componente humana e relacional da terapia estão positivamente associadas à AT e sua eficácia, surgiram algumas inquietações em identificar de que forma os maiores contributos do processo terapêutico, bem como o

---

tipo de comunicação responsivo e positivo por parte do terapeuta, poderão ajudar a promover mais EP e facilitar o processo de vinculação na AT, influenciando assim, o sucesso da terapia.

Através da perspetiva do cliente e do terapeuta, a problemática que deu origem a esta tese de doutoramento consiste em identificar os melhores contributos para o processo terapêutico e de que forma o fenómeno do florescimento (AF+ elevados) e da capitalização com responsividade (RAC) pode ser aplicado na prática clínica, através da avaliação de dois modelos da PP: o modelo de Fredrickson e Losada (2005) que defende que as pessoas ou equipas com um rácio de positividade (sentimentos agradáveis) superior ao rácio de negatividade (sentimentos desagradáveis) são caracterizadas como pessoas que florescem; e o modelo de Gable e colaboradores (2006) que tem investigado de que forma as Respostas Ativas Construtivas a acontecimentos positivos dos outros que nos são próximos reforçam o bem-estar individual e a qualidade das relações interpessoais; bem como avalia de que forma é percecionada pelos participantes a eficácia da Psicoterapia, quais as principais causas atribuídas ao sucesso da mesma e à confiança no futuro do processo terapêutico e a avaliação de (des)sintonias das perceções de eficácia, rapidez e satisfação com melhoria de sintomas e evolução do processo. Transportar estes conceitos para a vertente da Psicoterapia foi uma situação inovadora nesta área, avaliando se e de que forma estes dois modelos também se aplicam à prática da Psicoterapia e resultam no seu sucesso.

Baseando-nos nestas questões de partida, delineámos os objetivos da investigação que serviram de orientação a todo este projeto de investigação: a) explorar e conhecer as características do processo terapêutico que terapeutas e clientes consideram que melhor contribuíram para o seu sucesso, e de que forma a identificação e convergência dos momentos altos (que ilustram a existência de harmonia, compreensão e entendimento mútuo entre os interlocutores relativamente à problemática e evolução do processo) e desejos (que denota uma sintonia entre os dois relativamente às expectativas e objetivos terapêuticos) podem contribuir para o sucesso do mesmo; b) analisar e explorar a eficácia do *feedback* positivo e foco nos sucessos com base na análise de dois modelos da PP: Respostas Ativas Construtivas de Gable e colaboradores (2006) e Atos de Fala Positivos de Fredrickson e Losada (2005); e c) analisar e explorar o impacto que o uso de outro tipo de respostas (que não a Ativa Construtiva e Atos de Fala Positivos) e o foco nos problemas podem causar, de forma distinta, no processo terapêutico.

Com base nos objetivos propostos, foram delineadas rotas metodológicas, optando por uma metodologia mista de investigação, usando como técnicas de recolha de dados a gravação áudio de sessões de Psicoterapia e entrevistas individuais a cada díade de cliente/terapeuta, e como técnicas de análise de dados a análise quantitativa e qualitativa. Mais concretamente, foram gravadas e transcritas 40 sessões de Psicoterapia e foi efetuada uma entrevista semiestruturada que teve, em parte, o Inquérito Apreciativo (Cooperrider, 1990,

---

2004, 2018; Cooperrider & Whitney, 2000, 2005; Cooperrider, Whitney, & Stavros, 2003; Cooperrider & Srivastva, 1987) como base, de forma a recolher as percepções sobre os maiores contributos associados ao processo terapêutico, à identificação dos momentos altos e desejos em comum, ao impacto do *feedback* positivo, negativo e neutro e da orientação do terapeuta focada para os sucessos e problemáticas, e à avaliação da eficácia terapêutica, rapidez do processo e satisfação com evolução e melhoria de sintomas, destinado a uma amostra de oito clientes e quatro terapeutas (N=12), cada terapeuta com dois clientes, dando um total de 8 díades.

Os dados resultantes das sessões transcritas foram classificados com base nos modelos de estudo desta investigação (modelos da PP) tendo sido alvo de análise estatística descritiva (pelo que os resultados quantitativos encontrados são meramente descritivos e exploratórios, não podendo ser feita qualquer tipo de generalização) e a entrevista foi alvo de análise qualitativa exploratória com base na metodologia *Grounded Theory* (GT).

A estrutura deste trabalho encontra-se organizada da seguinte forma: Capítulo 1 - “*Revisão de literatura*”, onde são descritos os fundamentos teóricos que suportam esta investigação; Capítulo 2 - “*Método*” onde apresentamos a questão de partida e objetivos criados, contextualizamos teoricamente e justificamos as opções metodológicas assumidas no presente estudo, apresentamos os instrumentos de recolha de dados pormenorizando o processo da sua elaboração, descrevemos o procedimento de recolha e análise de dados dividido nas diversas fases, apresentamos os mecanismos de análise de dados, caracterizamos a amostra que serve de base à investigação e, finalmente, apresentamos as questões éticas associadas à investigação científica; Capítulo 3 - “*Resultados*” que contém a apresentação, de forma rigorosa, dos dados obtidos mediante a aplicação dos dois tipos de instrumentos de recolha de dados: a gravação das 40 sessões e a entrevista aos clientes e terapeutas; e finalmente, Capítulo 4 - “*Discussão e considerações finais*” onde se problematizam, questionam e interpretam os dados apresentados no capítulo anterior, com base nos pressupostos teóricos anteriormente propostos, contribuindo assim para o seu esclarecimento. Terminamos com algumas reflexões deste estudo, esclarecem-se as limitações, sugerem-se futuras investigações e práticas de clínica.

---



## 1 Capítulo. REVISÃO DE LITERATURA

Ao longo deste primeiro capítulo iremos apresentar o enquadramento teórico e respetivos conceitos e constructos que suportam os fundamentos desta tese, debruçando-nos sobre a forma como os mesmos têm sido investigados e conceptualizados no âmbito da Psicologia e da Psicoterapia.

Inicialmente, faremos uma breve introdução ao processo terapêutico e sua evolução histórica relativamente à investigação das variáveis associadas à eficácia e mudança terapêutica. Passaremos de seguida à análise dos fatores comuns associados à eficácia terapêutica, mais especificamente, à AT e às características do cliente e do terapeuta, por serem considerados fatores chave deste processo (Castonguay & Beutler, 2006). Terminamos com uma introdução à PP, no que esta concerne e como pode ser um complemento à Psicoterapia, passando à apresentação dos fundamentos teóricos de dois modelos desta corrente, Gable e colaboradores (2006) e Fredrickson e Losada (2005), onde o primeiro mostra que através do reforço a acontecimentos positivos de outros que nos são próximos podemos impactar positivamente no seu bem-estar, reforçando assim a qualidade das relações interpessoais, e o segundo defende que pessoas ou equipas com um rácio de positividade elevado (sentimentos agradáveis superiores a desagradáveis) são caracterizadas como pessoas ou equipas que florescem.

### 1.1 Os fatores comuns como os principais preditores de eficácia terapêutica

A evidência sobre a eficácia da Psicoterapia é conclusiva (Lambert, 2013): a Psicoterapia ajuda a maioria dos clientes a recuperar de problemas leves, moderados e graves (Wampold & Imel, 2015). Embora algumas pessoas possam recuperar de doenças mentais e de problemas pessoais sem ajuda externa, aquelas que procuram ajuda psicoterapêutica geralmente conseguem melhores resultados, recuperam de forma mais rápida e permanecem bem durante mais tempo do que as pessoas que não procuram tratamento (Wampold & Imel, 2015). Desde o início dos anos 90 que a investigação em Psicoterapia se tem dedicado em identificar as suas diferentes dimensões e variáveis, bem como perceber o seu contributo para a mudança e eficácia terapêutica (Eysenck, 1952; Grawe, 1997; Moreira et al., 2005; Russell & Orlinsky, 1996; Smith & Glass, 1977; Smith et al., 1980). Lambert e Barley (2001) diferenciaram a importância das variáveis e dimensões na seguinte forma: (a) 40% da variância dependem de fatores externos à terapia; (b) 15% da variância diz respeito aos efeitos de expectativas e técnicas terapêuticas específicas; (c) 30% da variância diz respeito a fatores comuns, onde está incluída a AT e seus participantes. Mais tarde, Castonguay e Beutler (2006) concluem que os principais resultados das pesquisas nesta área sugerem que a eficácia e mudanças terapêuticas podem ser associadas a três fatores determinantes: (a) técnicas específicas das diferentes abordagens teóricas; (b) variáveis associadas à relação terapêutica; e (c) características do cliente e do terapeuta. Ainda na procura das respostas a esta temática, após uma meta-análise das investigações nesta área, novos resultados demonstraram que existia uma variância não explicada sobre os efeitos da psicoterapia que se aproximava dos 40%, e relativamente à explicada, os

resultados mostraram que podemos distingui-la nos diferentes aspetos: (a) 30%, corresponde às variáveis do cliente; (b) 12% à relação terapêutica; (c) 8% a métodos específicos; (d) 7% diz respeito às variáveis do terapeuta; e finalmente (e) 3%, relativa a outras variáveis não específicas (Lambert, 2013; Norcross & Lambert, 2011, 2018).

Nas últimas décadas, clínicos e investigadores têm vindo cada vez mais a chegar a um consenso sobre a existência de fatores comuns que são compartilhados entre as mais diversas abordagens psicoterapêuticas e estão na base do sucesso e eficácia do processo terapêutico (Castonguay et al., 2015; Norcross & Goldfried, 1992; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Wampold & Imel, 2015). Lambert (2015), ao referir-se à explicação dos fatores comuns como uma das variáveis associadas ao sucesso terapêutico (além das variáveis associadas ao cliente e às técnicas específicas), sugere que existem componentes em terapia que devem ser consideradas como universalmente eficazes, independentemente da escola e da teoria de orientação, e estes incluem três fatores: 1) o suporte; 2) a aprendizagem; e 3) os elementos que originam a ação. A natureza do desenvolvimento destes três fatores pressupõe uma determinada ordem, onde os fatores de suporte precedem as modificações nas atitudes e crenças que, por sua vez, precedem as tentativas do terapeuta de encorajar o cliente para a ação. De acordo com este autor, é assim suposto que todas as terapias proporcionem ao cliente, através de uma atitude de colaboração, um sentimento de proteção, confiança e segurança (juntamente com uma diminuição de sintomas de ansiedade, ameaça e tensão), originando alterações ao nível da conceptualização dos problemas e, em última instância, alteração de comportamentos, como ser capaz de falar sobre uma preocupação sensível mesmo que possa parecer ou ser sentido como um risco, adquirir novas competências de confronto, resolver problemas através da exposição ao estímulo aversivo e produtor de ansiedade e / ou ser capaz de se envolver noutras formas de promoção de crescimento através de comportamentos que são sentidos como desafiantes e angustiantes.

Em conclusão, podemos afirmar que a investigação comprova que a qualidade da relação terapêutica e as características dos seus intervenientes enquanto fatores comuns são considerados fatores-chave para o sucesso terapêutico. Nos próximos capítulos iremos apresentar evidência empírica que mostra de que forma a AT é considerada uma condição necessária para que se possa observar mudança terapêutica, e que as características dos interlocutores e do processo terapêutico devem apresentar-se como fenómenos facilitadores desta aliança, influenciando positivamente todo o processo de mudança.

#### 1.1.1 A AT como o terreno necessário para que ocorra a mudança

A aliança terapêutica (AT) é um conceito universal presente nas mais diversas teorias da Psicologia, tendo-se tornado numa forma de avaliar a qualidade, a evolução e o resultado dos diferentes modelos de tratamento em Psicoterapia (Botella & Corbella, 2011; Horvath & Luborsky, 1993). A AT é uma parte essencial e inseparável de tudo o que acontece em Psicoterapia, já que é no contexto relacional que todos os outros aspetos

---

do processo terapêutico se desenvolvem (Safran & Muran, 2006). A dimensão deste constructo é complexa e, consequente, o aumento do interesse no seu estudo resultou da modificação e operacionalização do conceito ao longo dos anos, principalmente pela contribuição do trabalho de Bordin (1979). Esta tem sido descrita, de uma forma geral, como um elemento fundamental do processo psicoterapêutico por ser uma das variáveis relacionadas tanto com a adesão, como com o resultado do tratamento (e.g. Arnow et al., 2013; Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Jensen & Kelley, 2016), podendo ser considerada como uma pré-condição para que um processo terapêutico se estabeleça (Cordioli, Calich, & Fleck, 1989). É também um conceito comum nas diferentes formas de Psicoterapia, independentemente da teoria utilizada, devido ao foco no relacionamento entre terapeuta e cliente, ao longo do tratamento (Gomes, Ceitlin, Hauck, & Terra, 2008; Horvath & Symonds, 1991). Bordin (1979) propõem três dimensões essenciais da AT: 1) acordo nos objetivos do tratamento entre cliente e terapeuta; 2) acordo nas tarefas; e 3) desenvolvimento do vínculo (confiança e apego) entre os dois. Esta descrição de AT tem sido usada por diversos autores, por ter elementos comuns a diferentes teorias e, dessa forma, a maioria das conceptualizações teóricas sobre este constructo, baseiam-se no trabalho deste autor (Ackerman & Hilsenroth, 2003). O efeito da AT é superior a outras variáveis do tratamento, como p.e., a competência e a adesão a um manual de tratamento (Webb, DeRubeis, & Barber, 2010), e é moderadamente forte para as taxas reduzidas de abandono (Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Através de uma síntese de pesquisa, Horvath e colaboradores (2011, p. 13) concluíram que o impacto da AT sobre o resultado terapêutico "é omnipresente independentemente de como a aliança é medida, de cuja perspectiva é avaliada, quando é avaliada, como o resultado é avaliado, e o tipo de terapia envolvida. A qualidade da aliança é importante", significando que a qualidade da aliança é um requisito para todos os processos terapêuticos. Embora a AT esteja entre os melhores preditores de resultados (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007), ainda há que saber sobre como definir corretamente essa construção complexa.

Em 2001, Wampold integra novos conceitos, nomeadamente o afeto, e descreve a AT de uma forma mais robusta. Este autor vem defini-la como uma relação afetiva entre o terapeuta e o cliente, onde existe motivação e competência do cliente para trabalhar em colaboração com o terapeuta, envolvendo uma resposta empática por parte do terapeuta ao envolvimento afetivo do cliente, e um acordo entre ambos em relação a objetivos e tarefas da terapia. Um ano depois, Horvath e Bedi (2002) especificam que uma AT forte se caracteriza pela existência de um elevado grau de colaboração entre o terapeuta e o cliente e de um bom vínculo afetivo entre os dois, que inclui confiança e respeito mútuos, com um sentimento de se gostarem e de se preocuparem mutuamente. Inclui, igualmente, a existência de um consenso sobre o(s) objetivo(s) do tratamento e meios para o(s) alcançar, com um compromisso ativo e de responsabilidade da parte do cliente, bem como um

sentimento de responsabilidade e envolvimento, da parte do terapeuta. Em 2004, Orlinsky, Rønnestad e Willutzki, descrevem a AT como a qualidade do envolvimento entre o terapeuta e o cliente, que se reflete no acordo dos objetivos e tarefas entre os dois, e ressalva que a contribuição do terapeuta para o desenvolvimento da aliança é um elemento crucial para esse envolvimento.

Neste sentido, podemos afirmar que a AT é uma condição necessária para que os outros fenómenos do processo terapêutico possam ocorrer e originar o fenómeno da mudança. É como um terreno necessário para que a intervenção terapêutica se possa construir com uma estrutura sólida (Constantino, Castonguay, & Schut, 2002). Assim, fatores relacionados com o terapeuta e o cliente, e fatores da relação estabelecida entre os dois, podem influenciar a formação da aliança (Corbella & Botella, 2003), bem como vão ter impacto na força da mesma e, consequentemente, impacto no resultado da terapia (Horvath, 2001). É importante salientar que a AT parece ser uma peça chave nas psicoterapias, e embora não seja suficientemente eficaz no tratamento por si só, é considerada como um dos melhores preditores nos tratamentos (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009; Krause, Altimir, & Horvath, 2011; Santibáñez-Fernández, Román-Mella, & Vinet, 2009; Salinas et al., 2009; Serralta, Pole, Nunes, Eizirik, & Oslen, 2010). Os resultados encontrados por Peuker, Habigzang, Koller e Araujo (2009), após realizarem uma revisão sobre pesquisas de avaliação de resultados e processos psicoterapêuticos, vêm corroborar a afirmação anterior, uma vez que observaram que a quebra da AT pode desempenhar um papel importante no abandono da Psicoterapia, e por isso sugerem que se faça uma análise detalhada do que acontece na interação cliente-psicoterapeuta de forma a restabelecer e reparar ruturas, bem como ampliar a possibilidade dos sucessos.

Mas a AT não é apenas algo que se constrói. O desenvolvimento de AT é igualmente uma aptidão ou uma capacidade que pode ser treinada, da mesma forma que são treinados outros aspetos da terapia (Norcross, 2001, 2002; Norcross & Wampold, 2011, 2019). A *29th Division of Psychotherapy da American Psychology Association* (APA) desenvolveu uma *Task force* e recomendou, a partir de estudos comparativos rigorosos (Norcross & Wampold, 2011), que os profissionais prestassem atenção aos seguintes aspetos: 1) a criação e alimentação da relação terapêutica como o principal objetivo no tratamento; 2) a adaptação da Psicoterapia às características do cliente; e 3) a monitorização das respostas do cliente à relação terapêutica e ao tratamento, permitindo assim restabelecer a colaboração, melhorar a relação, modificar as estratégias e evitar o término prematuro. Por outro lado, a APA não recomenda aos terapeutas: 1) confrontos; 2) comentários e comportamentos hostis, pejorativos, rejeição e culpabilização do cliente; 3) supor ou intuir as perceções do cliente sobre a relação e o tratamento como positivas, pelo contrário, a indagação acerca das perceções do cliente melhora a aliança e evita o término prematuro (além de a perceção do cliente se mostrar melhor preditora de resultados do que a do terapeuta); e 4) rigidez excessiva na estruturação do tratamento, que pode impedir a

---

empatia. Desta forma, é necessário indicar aos terapeutas formas recomendadas e apoiadas em evidências empíricas, de maneira a que se possa estabelecer uma boa AT, desde o início do tratamento (Norcross & Wampold, 2011, 2019).

Diversas pesquisas apontam para a importância da qualidade da AT uma vez que confiança e compromisso mútuos possibilitam uma aliança positiva, e há fortes evidências de que esta desempenha um papel crucial nos resultados da Psicoterapia (Botella et al., 2008; Emmerling & Whelton, 2009; Hill & Knox, 2009; Honda & Yoshida, 2012; Lhullier, Nunes, & Horta, 2006). Como forma de clarificar a natureza desta relação, a investigação tem procurado entender os fatores que levam ao seu desenvolvimento e os processos envolvidos na sua rutura (Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011). Um dos fatores que podem influenciar a formação e desenvolvimento da AT e que tem merecido atenção da investigação é a organização de vinculação do cliente, já que pode afetar o nível de colaboração e comprometimento entre o cliente e o terapeuta (Horvath et al., 2011). Outro aspeto importante, é a possibilidade da qualidade da própria AT poder contribuir para a construção, por parte do cliente, de novas representações de si e dos outros, potenciadoras de promover a mudança terapêutica (Blatt, Lelacheur, Galinsky, Simmens, & Greenberg, 2010). Ambos os aspetos salientam a importância de outro fator comum em Psicoterapia: a organização da vinculação do cliente.

A teoria da vinculação teve a sua origem na prática clínica de Bowlby (1969, 1973, 1980), nos anos 40 do século XX. Este autor encontrou apoio na etologia e na biologia evolutiva, para formular a tese de que o ser humano nasce com vários sistemas de controlo comportamental cuja função é a sobrevivência e proteção (Elliot & Reis, 2003; Soares 2009). Destes, destacam-se dois mais centrais para a teoria da vinculação: o sistema de vinculação e o sistema de exploração. O primeiro, ao manter a proximidade da criança com o seu cuidador, protege-a do perigo (Soares, 2009) estando a relação de vinculação centrada nesta regulação de segurança, no sentido em que há uma figura que procura proteção e outra que proporciona segurança (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). O segundo impele o indivíduo a explorar o ambiente e conhecer o mundo à sua volta, sendo que a ativação deste sistema só acontece quando a proximidade com a figura de vinculação está assegurada e a situação é lida como não ameaçadora. Ambos os sistemas são integrantes e complementares na teoria da vinculação, sendo que é a existência de uma base de segurança que permite os movimentos exploratórios (Canavarro et al., 2006). No desenvolvimento normativo, o balanço entre estes dois sistemas é adequado a que o indivíduo explore o meio recorrendo à proteção do seu cuidador, que funciona como base segura a partir da qual essa exploração acontece (Elliot & Reis, 2003). O que distingue uma relação de vinculação é a existência do laço emocional e o uso da figura de vinculação como base segura, a partir da qual o indivíduo explora o mundo (Daniel, 2006; Mikulincer & Shaver, 2007). Para Bowlby (1969), a teoria da vinculação acompanha o indivíduo “*from the cradle to the grave*” e a relação entre o sistema de vinculação e o sistema de exploração mantém-se ao longo do

---

ciclo de vida, onde as relações de vinculação são inicialmente desenvolvidas com os pais (ou seus substitutos), mas à medida que o desenvolvimento se processa, estas relações estabelecem-se com amigos ou parceiros românticos, podendo também ser estabelecidas com colegas de trabalho, professores ou terapeutas (Daniel, 2006; Mikulincer & Shaver, 2007).

Se a qualidade da AT é importante, a altura em que esta deve ser construída é igualmente impactante. São vários os autores que se debruçaram sobre o período em que se deve estabelecer uma boa AT. Horvath e Symonds (1991), após uma meta-análise de 24 estudos, mostraram que a qualidade da aliança entre a primeira e a quinta sessão tendem a predizer os resultados do tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados por Marcolino e Lacoponi (2003), onde níveis mais elevados de aliança no início do tratamento associaram-se a um maior grau de remissão dos sintomas depressivos. Alguns estudos indicam que a AT tem maior valor preditivo quando é estabelecida no início da Psicoterapia, com um pico comum ocorrido na terceira sessão (Constantino et al., 2002; Hilsenroth & Cromer, 2007; Sexton, Littauer, Sexton, & Tømmerås, 2005). Estes resultados foram corroborados por Sharf, Primavera e Diener (2010), numa meta-análise de 11 estudos sobre a associação entre o abandono da terapia e AT, onde os dados indicaram que clientes com uma aliança mais fraca têm maior tendência a abandonar o tratamento. Apesar disso, a aliança é alvo de flutuações dentro das sessões ou entre elas e, quando resolvidas, estão associadas a bons resultados (Horvath et al., 2011). Podemos assim concluir que construir uma boa AT é um fator necessário para o sucesso terapêutico, mas quando esta é construída logo no início do processo, aumenta o seu valor preditivo, promove uma AT forte e evita o abandono precoce.

Mas, e como fazê-lo? A resposta ao “quando” dá indicação para a melhor altura para o fazer, mas não responde ao “como fazê-lo”. Até aqui já sabemos que a aliança é importante para o sucesso, que ela deve ser estabelecida nas primeiras sessões, mas falta saber como lá chegar. Várias pesquisas têm-se debruçado sobre este assunto. Assim, para se estabelecer AT no início do processo terapêutico é importante adaptar a terapia às necessidades, às expectativas e às capacidades do cliente. Há ainda, no entanto, pouco conhecimento sobre como a aliança é vivida pelos participantes (Krause et al., 2011), ou que tipo de ações devem ser tomadas pelos terapeutas de forma a desenvolver uma AT de qualidade, particularmente no que diz respeito às primeiras sessões da terapia, durante as quais os padrões da aliança são estabelecidos. A importância da AT sobre os resultados da Psicoterapia abriu um amplo e diversificado campo de pesquisa, daí a necessidade de uma melhor diferenciação dos seus componentes, bem como a forma como eles operam, isolados ou em conjunto, na obtenção dos resultados. Nesse sentido, identificar as variáveis que desempenham um papel importante na AT é de um valor extremo, uma vez que indica as suas múltiplas influências, combinadas e opostas, mas acima de tudo, a maneira como elas desempenham o seu papel ao longo do processo terapêutico (Horvath et al., 2011).

Assim, como forma de responder a esta questão, as abordagens de pesquisa qualitativa têm a capacidade de contribuir de uma forma valiosa para o conhecimento prático sobre a natureza da aliança em Psicoterapia, e como metodologia de pesquisa, estas abordagens permitem a investigação dos processos através dos quais os indivíduos constroem ativamente o significado (McLeod, 2011). Ao explorar o mundo das experiências dos participantes, a pesquisa qualitativa tem a capacidade de abordar as questões “Como” ou “De que forma” funcionam os processos em Psicoterapia (Binder, Holgersen, & Moltu, 2012), originando conhecimentos práticos com relevância para os clínicos, bem como conhecimentos mais profundos que possam originar informação para o desenvolvimento de teorias e hipóteses de pesquisas futuras (McLeod, 2013). Historicamente, a investigação tem tido uma abordagem quantitativa, útil na resposta às questões de “O quê” e “Quando”, mas cada vez mais a investigação tem vindo a mostrar que uma abordagem qualitativa, explorando as percepções de quem vivencia a experiência psicoterapêutica, parece ajudar a esclarecer melhor os mecanismos de mudança, proporcionando uma maior apreciação das experiências por eles vividas, além de fornecerem a sua diversidade. Esta recolha de informação pode ainda dar luz sobre novas formas de melhorar o acesso aos clientes e elucidar como prestar melhores serviços, por parte dos terapeutas. Neste sentido, vamos agora explorar que particularidades têm o cliente e o terapeuta, que influenciam positivamente a qualidade da AT e, consequentemente, a qualidade do sucesso terapêutico.

## 1.2 A componente humana e relacional do processo terapêutico

Desde a descoberta da existência de fatores comuns responsáveis pelo sucesso terapêutico, independentemente da técnica implementada, que alguns autores se têm vindo a dedicar à sua clarificação (Frank & Frank, 1991; Grencavage & Norcross, 1990; Imel & Wampold, 2008; Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn, & Wampold, 2003; Wampold, 2001), tendo sido mencionadas variáveis como a AT, a gestão de expectativas, o ritual, a experiência emocional corretiva e a percepção do cliente. Em 2002, Messer e Wampold identificam-nos como aqueles que se encontravam relacionados com a qualidade da aliança terapêutica (AT) no seguinte formato: a existência de um ambiente de intimidade e de segurança onde o cliente possa partilhar o seu sofrimento, a disposição do terapeuta para ouvir, a existência de uma relação interpessoal de confiança mútua, com um mínimo de julgamento moral em relação às atitudes, fantasias e desejos do cliente, e a evidência de que o terapeuta, explícita ou implicitamente, é capaz de inspirar esperança e encorajar o cliente a ver a vida a partir de uma nova perspetiva. Todas estas características iriam contribuir para a qualidade da AT, em maior ou menor grau de intensidade. Se olharmos para estas características podemos observar que se prendem mais com as questões relacionais e de perfil pessoal, que o tipo de técnica ou modelo teórico utilizado. Em 2010, Duncan, Miller, Wampold e Hubble, ao escreverem o livro com o título “*The Heart and Soul of Psychotherapy*” vêm realçar “O veredicto do pássaro Dodo” refletindo que todas as abordagens terapêuticas funcionam,

independentemente do modelo teórico e da técnica associada. Mas vão mais além. Defendem que o modelo e a técnica são componentes essenciais na perspectiva dos fatores comuns, e isto simplesmente porque a técnica é a aliança em ação, ajudando na explicação das dificuldades do cliente, mas igualmente na sua solução. Realçam assim, que a componente relacional é o suporte e a base da terapia. Em 2012, Wampold vem afirmar que todas as psicoterapias são humanistas, uma vez que os fatores comuns que as tornam eficazes são aqueles que estão relacionados com as características humanas mais evoluídas, e incluem: a) dar sentido ao mundo, uma vez que mais importante que a explicação científica é que a explicação seja aceite e seja adaptativa, sendo assim, tudo uma questão de construção de significados; b) influencia social, já que o ser humano evolui para ser influenciado e influenciar, através da comunicação verbal e não verbal, tendo em consideração o contexto vivenciado. Assim, quando um cliente chega à terapia, a postura do terapeuta facilita a ligação emocional e aumenta a probabilidade de influência, promovendo uma maior aceitação da explicação fornecida pelo método, respeitando valores como a congruência, o aspeto cultural, e a adaptação ao tipo de funcionamento em causa, originando assim, uma maior adaptação, e, finalmente, a tão esperada mudança; e c) a Psicoterapia cria mudança através da relação, criação de expectativas e um sentimento de domínio, onde a relação terapêutica é uma ligação única e verdadeira, com características de empatia e aspetos cuidadores que, por si só, são terapêuticos, uma vez que as relações humanas são essenciais para o bem-estar. O poder da criação de expectativas é crucial, uma vez que os clientes procuram explicações para os seus processos de cura, e o poder da explicação é a criação de expectativas. Finalmente, surge a criação de um sentimento de domínio, uma vez que é instalada a crença de que o próprio tem capacidades que são responsáveis pelo controlo dos seus problemas, e não que a resolução dos mesmos tem uma causalidade externa.

Tendo em consideração esta vertente humanista da Psicoterapia, vamos iniciar o próximo subcapítulo ilustrando a importância do foco da investigação na perceção do cliente, como contributo para um melhor conhecimento de como funcionam os mecanismos de um processo terapêutico mais eficaz. Diversos autores defendem que os clientes desempenham um papel central na terapia e experienciam os benefícios, consequências e efeitos colaterais do seu trabalho, e os resultados mostram que a estimativa mais razoável dá ao cliente uma fatia substancial em termos da quantidade da variância explicada (Bohart & Wade, 2013; Wampold & Imel, 2015). Aos dias de hoje, sabe-se que a terapia funciona para os clientes, mas a investigação ainda tem que descobrir de que forma é que eles usam a terapia para curar, recuperar e crescer (Levitt et al., 2016), sendo a investigação qualitativa uma excelente ferramenta para responder a estas questões, através da avaliação das experiências vividas pelos clientes, mas também pelos terapeutas.



### 1.2.1 O foco no cliente como a “chave” para o sucesso do tratamento

De acordo com Lambert (2013) a variância explicada sobre os efeitos da Psicoterapia corresponde a: 30% às do variáveis do cliente; 7% às variáveis do terapeuta; 12% à relação terapêutica. Assim, a questão que se coloca é que, a partir desses dados, é difícil aceitar a ideia de que os terapeutas são os protagonistas do processo. Ou seja, embora eles tenham uma percentagem da variância alocada à sua responsabilidade, parece claro que a contribuição dos clientes no resultado final da Psicoterapia é, pelo menos, quantitativamente, mais decisiva. Assim, a avaliação precoce da percepção do cliente em relação à qualidade da aliança terapêutica (AT) tem sido considerada como um fator de grande importância, mais do que a avaliação do terapeuta (Fitzpatrick, Iwakabe & Stalikas, 2005; Horvath, 2005). Em 2010, Elliott veio reforçar que o próprio cliente é aquele que está em melhor posição para fornecer informações sobre o seu processo de mudança e o único que pode explicar o contexto por ele vivenciado, explicando a experiência da sua mudança. As abordagens de pesquisa qualitativa têm o potencial de contribuir de forma valiosa para o conhecimento prático sobre os processos em Psicoterapia, e como metodologia de pesquisa, este tipo de abordagem permite a investigação dos processos através dos quais os indivíduos são agentes ativos de construção de significados (McLeod, 2011). Através deste tipo de abordagem ou dos métodos mistos pode-se contribuir para o conhecimento de uma forma mais individualizada, examinando os padrões globais dos processos envolvidos em Psicoterapia (Stiles & Goldsmith, 2010; Doran, 2016).

É do conhecimento científico que a terapia é eficaz, no entanto, não sabemos por que alguns clientes beneficiam mais do que outros, ou porque alguns clientes, embora uma percentagem pequena, não melhoram, ou até pioram durante o tratamento (Lambert & Shimokawa, 2011). O cliente, enquanto agente que interfere no sucesso da terapia, foi reconhecido por desempenhar um papel crucial, e investigações recentes apoiam esta descoberta (e.g. Bohart & Wade, 2013; Hodgetts & Wright, 2007; Levitt et al., 2016), havendo assim mais a retirar e a perceber sobre a Psicoterapia se for dado maior ênfase à sua perspectiva. Sabemos, por exemplo, que embora a motivação e o envolvimento do cliente sejam fundamentais para o sucesso do tratamento (Swift & Greenberg, 2015), ainda não se sabe, completamente, como é que os clientes se mantêm motivados ou envolvidos ou, pelo contrário, por que é que os clientes fazem *dropout* prematuramente (Fuertes & Williams, 2017). Neste sentido, podemos afirmar haver a necessidade de aprofundarmos as suas vivências, como são sentidas, como as descrevem, o que foi mais impactante. O cliente é um participante ativo, estratega e contribuinte em Psicoterapia e é quem está em melhor posição para descrever as suas experiências (Gelso, Williams, & Fretz, 2014).

Podemos assim concluir que a percepção e a experiência dos clientes são fatores fundamentais, já que eles fazem a maior parte do trabalho em terapia (Beutler, Someah, Kimpara, & Miller, 2016; Swift & Parkin,

2017; Levitt et al., 2016; Love & Farber, 2017), e as suas contribuições para o resultado do tratamento são tão importantes que parecem poder explicar, em grande parte, o "Veredicto do pássaro Dodo" (Wampold & Imel, 2015). Faz assim, todo o sentido, aprofundar como são experienciadas as suas vivências.

### 1.2.2 Os contributos para a mudança terapêutica, na perspetiva do cliente

Sabendo que os clientes são essenciais para o conhecimento prático da natureza da AT, vamo-nos agora debruçar sobre algumas das investigações que revelam aquilo que eles mais valorizam para a sua construção e para a mudança terapêutica. Da mesma forma, os eventos significativos têm sido bastante estudados em psicoterapia e a lógica subjacente a este tipo de investigação é a ideia de que este tipo de eventos identificados refletem os momentos mais frutíferos do trabalho terapêutico assumindo assim uma relação entre os mesmos e a eficácia da terapia (Timulak & Elliot, 2003). A evolução da investigação para este tipo de eventos fez-se a partir do estudo da eficácia terapêutica dentro de algumas abordagens teóricas, que mede a forma como os clientes se sentem, antes e depois da psicoterapia e que promoveu a necessidade de ir mais além, ou seja, de aprofundar o processo terapêutico no sentido de desvendar o que acontece, ou que momentos permitem a mudança nos clientes (Sousa, 2006). De acordo com este autor, a investigação tendeu a passar de um paradigma macro, ou seja, um tipo de investigação que procura identificar os fatores que levam efetivamente a uma mudança nos clientes, como o caso da AT, para uma linha de investigação mais micro, que visa uma análise mais "fina" do processo de mudança, estudando episódios pontuais ou eventos particulares que surgem dentro de uma sessão, permitindo assim averiguar o "porquê", o "como" e o "quando" dentro do processo de mudança. Neste sentido, foram realizados inúmeros estudos com metodologias qualitativas e quantitativas, que abrangem e estudam diversas dimensões do tema, como o seu conteúdo, a sua natureza, o seu impacto, a dimensão temporal em que surgem na psicoterapia, a diáde, as metodologias, entre outras (Wilcox, Newman, Brandes, Davenport, & Reid, 1997; Timulak, Belikova, & Miller, 2010; McVea, Gow, & Lowe, 2011; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, Gamberg, & Blake, 2009; Altimir et al., 2010). A grande maioria dos estudos nesta área, pretendem analisar os eventos positivos pela perspetiva do cliente (Elliot, 1985; Wilcox et al., 1997; Timulak et al., 2010), afirmando serem estes, quem está em melhor situação para sinalizar tais momentos. No entanto, têm vindo a surgir estudos, alguns provenientes da linha de investigação sobre AT, que incluíram terapeutas, relacionando-os entre si (Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy, & Firth-Cozens, 1988; Cummings, Martin, Hallberg, & Slemon, 1992; Altimir et al., 2010) na expectativa de encontrar convergência nos eventos positivos identificados pelas duas partes.

Desde o início dos anos 80 que diversos estudos se têm debruçado sobre a experiência do cliente em terapia (Elliott & James, 1989; Elliott & Shapiro, 1992; Llewelyn et al., 1988) e os resultados concluíram que os eventos significativos mais comuns podiam ser divididos em duas grandes categorias: 1) aspetos relacionados

---

com a tarefa / resolução de problemas; e 2) aspetos relacionais / afetivos. Nos anos 90, Bachelor (1995), explorou as experiências dos clientes e as suas perspetivas sobre a AT, através de um estudo efetuado com 34 clientes, convidando-os, inicialmente, a escrever sobre o que eles perceberam acerca daquilo que é um bom relacionamento entre o cliente e o terapeuta. Em dois pontos subsequentes da terapia (após a primeira sessão e num ponto posterior), os clientes foram convidados a descrever o que era bom na sessão em termos de relacionamento cliente-terapeuta, e se não houvesse nada de bom a relatar, em que é que os terapeutas falhavam ou eram inadequados. Os clientes relataram que a autenticidade, a vontade de divulgar e a capacidade de ganhar a confiança do terapeuta, contribuíram para uma boa relação entre o cliente e o terapeuta. Além disso, os clientes viram uma série de traços do terapeuta (p.e., amizade e calor humano) e comportamentos (p.e., tendência a ouvir, mostrar respeito e mostrar que entenderam) como responsáveis pela AT. Os clientes reconheceram, igualmente, que a relação tem efeitos terapêuticos podendo levar ao autoconhecimento e a mudanças no comportamento.

Mais recentemente, Bedi, Davis e Williams (2005) entrevistaram 40 clientes, e solicitaram que descrevessem comportamentos e verbalizações do terapeuta que julgaram ter contribuído para a AT, e os fatores cruciais percebidos pelos mesmos no estabelecimento da aliança foram tão simples e óbvios como: contacto visual, sorriso, atitude calorosa, cumprimentos e despedidas pessoais, interpretações e identificação dos sentimentos do cliente, encorajamento e referência a material de consultas anteriores. Os clientes identificaram o terapeuta como sendo o responsável principal pelo estabelecimento da aliança, bem como as intervenções foram igualmente percebidas como tendo influenciado a mesma, o que não é geralmente esperado, porque a sua atividade técnica é tipicamente ligada aos resultados e não ao estabelecimento da aliança. Esse resultado é reiterado em 2010 por Duncan e colaboradores, que afirmam que as técnicas não podem ser separadas do contexto da relação, ou seja, a técnica é a aliança em ação. Curiosamente, um pequeno número de incidentes percebidos pelos clientes que consideraram ter contribuído para a aliança, podem ser, inclusive, eticamente questionáveis. Por exemplo, o terapeuta encontrar o cliente fora da consulta, o terapeuta sair do consultório com o cliente, o terapeuta abraçar o cliente, ou o terapeuta dar seu número de telemóvel. Esses dados indicam que os clientes podem interpretar comportamentos de proximidade para além do contacto dentro do consultório, como componentes fortes que contribuem para uma boa AT, sem reconhecerem que essas atitudes podem estar a satisfazer as necessidades do próprio terapeuta ou que esses comportamentos podem ser inapropriados (Bedi, Davis, & Williams, 2005). Algumas pesquisas descobriram que os clientes valorizam os comportamentos de apoio do psicoterapeuta e o percebem como tendo um papel importante para a AT (Bachelor, 1995, 2013; Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2009; Bedi & Richards, 2011; Mohr & Woodhouse, 2001), bem como declarações de encorajamento, validação, amizade, respeito, saudações e despedidas personalizadas (Bedi, 2006; Bedi, Davis,

---

& Arvay, 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi & Duff, 2014; Bedi & Richards, 2011). Declarações de incentivo, comentários positivos sobre o cliente e cumprimentar o cliente com um sorriso, foram identificados como responsáveis por 62% da variância explicada (Duff & Bedi, 2010).

Em 2006, Levitt, Butler e Hill realizaram um estudo qualitativo de forma a identificar aquilo que os clientes consideravam que os ajudava em terapia, e os resultados revelaram que a maioria descrevem a terapia como uma experiência positiva na seguinte hierarquia: 1) a honestidade é negociada para atingir sucesso; 2) o ambiente de terapia como um reflexo de uma atitude cuidadora do terapeuta; 3) construir um processo de confiança onde a autoexploração pode ser sustentada, mesmo que sob face de alguma ameaça; 4) o terapeuta cuidar na quantidade certa, fornecendo uma orientação firme, sempre e quando necessário; e, 5) estruturar um foco para incentivar a reflexividade e a auto descoberta do cliente. De acordo com os autores, estes resultados podem ajudar a sensibilizar os terapeutas para melhor entender os processos e mecanismos internos dos clientes, informando-os e ajudando-os na sua tomada de decisão. No ano seguinte, Timulak realizou uma revisão de estudos qualitativos focados nas experiências dos clientes identificadas como úteis em terapia, e os resultados revelaram: aumento de *insight*, alteração do comportamento/resolução do problema, aumento de capacidade para explorar experiências emocionais, alívio, empoderamento e sentimento de compreensão e segurança/apoio, tendo corroborado o efeito positivo da terapia referido por diversos autores (Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2014; Bedi et al., 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi & Richards, 2011). Em 2009, Binder e colaboradores mostraram que os clientes valorizavam quatro temas principais: 1) estar numa relação com um profissional sábio, caloroso e competente; 2) estar numa relação de continuidade, sofrendo de um sentimento de descontinuidade interior; 3) a possibilidade de corrigir pressupostos e crenças sobre si próprio e outros; e 4) conseguir criar um novo significado e ver novos padrões ou ligações sobre a vida. No ano seguinte, Timulak, Belicova e Miler (2010), através de um estudo de caso, convidaram o cliente a identificar eventos significativos que ocorreram ao longo do processo terapêutico e a relacioná-los com o sucesso da terapia. O resultado mostrou que os eventos mais comuns estavam relacionados com: 1) com a visão do cliente sobre a sua experiência com a problemática; 2) relacionados com a satisfação do cliente com a terapia. De acordo com os autores, os benefícios terapêuticos tiveram a ver com: a) a consciência do cliente; e b) a autoaceitação enquanto indivíduo, no contexto da relação terapêutica. No mesmo ano, Timulak analisou o impacto dos eventos significativos que frequentemente ocorrem em psicoterapia, e os resultados mostraram: a) um aumento na percepção; b) mudanças de comportamento; c) capacidade de resolução de problemas; d) aumento da capacidade para explorar experiências emocionais; e) alívio; f) empoderamento; g) aumento de um sentimento de compreensão e segurança / suporte. De acordo com este autor, os eventos significativos são os momentos mais produtivos do

---

processo terapêutico, o que corrobora Elliott e James (1989), quando estes assumiram que a variedade desses eventos está particularmente associada ao impacto que eles produzem no cliente.

De um modo genérico, os estudos que avaliam a perspectiva dos clientes mostram que os mesmos enfatizam o ser ouvido, compreendido e aceito, ter um espaço seguro para explorar sentimentos, pensamentos, comportamentos e experiências, ter um suporte para lidar com as crises, vivenciar novas experiências e adquirir estratégias e práticas específicas que os ajudam na resolução das problemáticas (Bohart & Tallman, 2010). Algumas pesquisas têm vindo a corroborar estes argumentos. Como exemplo, Watson, Cooper, McArthur e McLeod (2012) fizeram uma pesquisa para explorar o que ajudou os clientes em terapia, mas desta vez os investigadores pediram uma distinção entre os clientes e as atividades dos terapeutas. Neste estudo, podemos ver uma abertura do ângulo da visão, onde os terapeutas foram incluídos, embora ainda na perspectiva do cliente. O resultado revelou, em primeiro lugar, que falar sobre as suas emoções e experiências, foi a atividade que mais os ajudou na terapia. Em segundo lugar, eles apontaram que, as características dos terapeutas que facilitaram o processo foram: a) a forma como os questionaram e os guiaram; b) apresentando qualidades relacionais, como abertura, empatia, compreensão, honestidade e partilha. Em terceiro lugar, eles sugeriram que fazer sugestões, esclarecer, comentar os sentimentos e pensamentos do cliente, bem como, identificar padrões, também eram técnicas do terapeuta consideradas extremamente benéficas. Como resultado terapêutico dessas atividades, os clientes também relataram maior compreensão, desempenho das tarefas, sentimentos alterados e uma sensação de evolução terapêutica. Anos mais tarde, MacFarlane, Anderson e McClintock (2015, p. 367) usaram um método qualitativo que analisou as percepções dos clientes sobre o que é importante para formação inicial de AT, e os resultados apresentaram, entre outros, a categoria ‘Atividades de Apoio do Psicoterapeuta’, onde os autores descrevem comportamentos como “psicoterapeuta ajuda o cliente a ser mais capaz” e “psicoterapeuta mantém-se calmo quando o cliente não está”. Este resultado é consistente com alguns resultados da literatura que mostram que a comunicação eficaz entre o cliente e o terapeuta parece ser fundamental para o estabelecimento da aliança (e.g. Ackerman & Hilsenroth, 2003; Pinto et al., 2012). Podemos com isto concluir que a forma como se dá a comunicação entre os terapeutas e clientes, com qualidades relacionais, é importante para a formação de AT. Em 2013, Piepgrass e colaboradores vêm confirmar que as características interpessoais dos terapeutas parecem influenciar o progresso do cliente. A empatia como um constructo que tem influência no resultado dos terapeutas tem sido apresentada em diversos estudos (Bohart & Greenberg, 1997; Castonguay & Beutler, 2006; Hill, Chui, & Baumann, 2013; Lambert & Barley, 2001; Norcross, 2002; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Watson & Geller, 2005). Watson, Steckley e McMullen (2014) sugerem que a empatia pode funcionar como um ingrediente ativo da mudança já que ajuda os clientes a sentirem-se mais seguros nas relações interpessoais íntimas. Os autores mostraram ainda que, clientes que consideravam os seus terapeutas empáticos relataram

---

menor ansiedade e maior proximidade nos seus relacionamentos com outras pessoas significativas. Em 2017, MacFarlane, Anderson e McClintock usaram um método qualitativo que analisou as percepções dos clientes sobre o que é importante para a formação de empatia, e os resultados apresentaram, entre outros, um *cluster* de nome “Contexto relacional de empatia”, que engloba duas categorias: a) ‘Relacionamento Pessoal’, que se refere à conexão pessoal ou vínculo entre psicoterapeuta e cliente, onde os clientes geralmente falam bem dos seus psicoterapeutas e os descrevem como cuidadores, genuínos, atenciosos, honestos e confiáveis, revelando um aspecto realmente humano e genuíno para ajudar, que se importa com o cliente, não tendo esta formação apenas para ganhar dinheiro, mas principalmente para ajudar o outro, enaltecendo a verdadeira natureza do terapeuta, utilizando termos como “amizade” e “relação normal”, revelando que os clientes se sentiram conectados à pessoa que assumiu o papel de terapeuta; e b) ‘Relacionamento Profissional’, que se refere à componente da relação cliente-psicoterapeuta apenas com o propósito do trabalho psicoterapêutico, ou seja, o cliente mencionou os objetivos e as tarefas da Psicoterapia e, a esse respeito, descreveu a relação com o terapeuta como uma relação mais profissional. Assim, o contexto relacional entre o terapeuta e o cliente engloba aspectos pessoais e profissionais do terapeuta que são considerados importantes para a formação de empatia (MacFarlane, Anderson, & McClintock, 2017, p. 231), podendo-se assim afirmar que há aspectos pessoais do terapeuta que são considerados como fundamentais para o estabelecimento da AT. Vamos agora ilustrar de que forma estas características pessoais parecem definir a singularidade de cada terapeuta, distinguindo-o na forma como intervém.

### 1.2.3 A “Pessoa” do terapeuta

Desde que se comprovou que as variáveis do terapeuta têm uma influencia significativa no desenvolvimento da aliança terapêutica (AT) e no processo terapêutico e, conseqüentemente, nos resultados da terapia, a investigação em Psicoterapia tem mostrado especial interesse em aprofundar o que as caracteriza (Beutler & Machado, 1992; Crist-Cristoph et al., 1991; Lambert, 1989). Além disso, investigações recentes mostraram que validar o cliente era importante, mas a importância que os clientes atribuíram aos terapeutas como sendo os maiores responsáveis pela formação de AT, parece ser um padrão emergente na maioria dos estudos (e.g. Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2014; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, & Park, 2006). Desta forma, para além da formação e experiência requerida, um número crescente de investigadores tem vindo a demonstrar outro conjunto de requisitos considerados determinantes no sucesso terapêutico, que se prendem com características de personalidade, tais como a capacidade para estabelecer empatia, de relacionamento com o outro, de compreensão e de confiança. Em 2007, Baldwin e colaboradores investigaram a correlação entre a aliança e o resultado da terapia, e qual a importância das características do terapeuta e do cliente para o estabelecimento de AT. O resultado mostrou que as variáveis do terapeuta (a sua contribuição para a aliança e

---

a sua experiência) foram consideradas preditoras dos resultados da terapia. Este resultado parece sugerir que os terapeutas, quando especificamente treinados, formam fortes alianças terapêuticas com os seus clientes; no entanto, pesquisas sugerem que os terapeutas diferem entre si quanto ao seu nível de eficácia (Baldwin & Imel, 2013; Blow et al., 2007; Wampold, 2001), e que os efeitos do terapeuta parecem ser maiores que os efeitos do tratamento (Lindgren et al., 2010). Além disso, a formação, a experiência e a orientação teórica do terapeuta parecem não explicar a maioria dos efeitos da terapia (Beutler et al., 2004; Okiishi et al., 2003; Stirman & Crits-Cristoph, 2011) e diversos autores vêm corroborar esta teoria, afirmando que as características pessoais dos terapeutas parecem afetar a eficácia da terapia (e.g. Black, Hardy, Turpin, & Parry, 2005; Heinonen, Lindfors, Laaksonen, & Knekt, 2012; Hersoug, Høglend, Havik, Lippe, & Monsen, 2010; Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen, & Rønnestad, 2013; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad, & Monsen, 2015). Assim, há necessidade em esclarecer as particularidades da “pessoa” do terapeuta uma vez que os resultados diferem entre eles (Norcross, 2002; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Wampold, 2001), mesmo quando são criteriosamente selecionados e treinados, e baseiam as suas intervenções nos manuais e supervisões. De acordo com Lambert (1989), o impacto terapêutico que tem sido atribuído aos fatores de personalidade do terapeuta tem sido descrito como sendo oito vezes maior do que o impacto associado às técnicas terapêuticas. Em 2001, Horvath demonstra que a capacidade de comunicação do terapeuta, a sua abertura, a empatia, a experiência e a prática clínica, são as características indicadas para promover um impacto positivo na AT. Na mesma linha (Ackerman & Hilsenroth, 2003) referem que terapeutas com características de honestidade, respeito, digno de confiança, confidente, interessado, atento, amigável, calmo e aberto tinham níveis de AT mais elevados quando comparados com terapeutas distantes, rígidos, críticos, tensos e distraídos. Diversos autores descrevem a abertura à experiência, flexibilidade, responsividade, tolerância à incerteza e à frustração como as características que parecem estar relacionadas com uma melhor capacidade de estabelecimento de AT e melhores resultados da intervenção terapêutica (Elkin et al., 2014; Lambert & Ogles, 2004; Stiles et al., 1998). Da mesma forma, Smith-Hansen e colaboradores (2011) descreveram características do terapeuta como a experiência clínica, a expressão emocional calorosa, congruência, e estilo interpessoal, bem como alguns comportamentos como a comunicação com empatia, demonstração de respeito, colaboração e a exploração de temas interpessoais, como estando associadas à qualidade da relação terapêutica de uma forma positiva. Nesta linha, e mais recentemente, Anderson, McClintock, Himawan, Song e Patterson (2016) realizaram um estudo para mostrar se o nível de eficácia terapêutica dos estudantes de pós-graduação na área de Psicologia Clínica poderia ser previsto com base numa avaliação realizada antes da formação, utilizando para tal o questionário *Facility Interpersonal Skills* (FIS), uma medida que serve para avaliar o desempenho das competências interpessoais do terapeuta, tendo os resultados mostrado que o FIS previu a alteração de sintomas

relatados pelos clientes em terapias de curto prazo, sugerindo que as competências interpessoais dos alunos predizem a sua capacidade de ajudar os clientes. De acordo com estes resultados, podemos concluir que a investigação cada vez mais comprova que as competências pessoais do terapeuta são um fator preponderante na sua atuação profissional. Finalmente, uma revisão de estudos realizada por Lingiardi, Muzi, Tanzilli e Carone (2018) com o objetivo de avaliar se as variáveis interpessoais dos terapeutas influenciavam o resultado da terapia, concluiu que o funcionamento interpessoal e as competências dos terapeutas foram os fatores mais impactantes nos resultados da terapia. Podemos assim concluir que o terapeuta deve reunir características profissionais, mas acima de tudo, pessoais, como forma de estabelecer boas AT e influenciar os resultados da terapia. A capacidade de desenvolver aliança pode ser treinada, mas a investigação mostra que há terapeutas que se distinguem dos demais. Dessa forma, iremos agora apresentar investigações que incluíram a visão do terapeuta no que respeita ao que ajuda na AT e no sucesso da terapia.

#### 1.2.4 Os contributos para a mudança terapêutica, na perspetiva do terapeuta

Levitt e Williams (2010), exploraram as perceções do terapeutas para o processo de mudança e os resultados revelaram dois grupos principais: 1) Desenvolver a consciencialização do cliente através de estimulação da curiosidade, exploração com envolvimento emocional, tomar consciência de pensamentos que bloqueiam o crescimento e integrar uma nova simbologia; e 2) A relação de segurança é prioritária, na medida em que a tomada de decisão do cliente tem sempre riscos e é necessária para que ocorra mudança. Em 2013, Timulak e McElvaney realizaram uma análise abrangente de estudos que exploraram o *insight* do cliente em terapia. Foram identificadas duas ações do terapeuta: 1) a resposta ou interpretação empática, que levou à compreensão dos clientes do núcleo subjacente do seu problema; e 2) a reformulação dos eventos de forma positiva, encorajando mudanças comportamentais, de modo a indicar ações e perspetivas que os clientes perderam. Os autores revelaram dois tipos de *insight*: 1) descobriram algo importante e/ou doloroso; e 2) os clientes foram capacitados e encorajados a tornar-se mais assertivos. Em 2013, Bachelor investigou as componentes da aliança terapêutica (AT) que foram relevantes para os participantes da terapia, a sua relação com os resultados pós-terapia, e as relações entre as construções de alianças, em clientes e terapeutas. Os resultados sugeriram que os clientes olham para a aliança como tendo seis componentes básicos: 1) relação de trabalho colaborativa; 2) trabalho produtivo; 3) compromisso ativo; 4) vínculo; 5) não desacordo sobre metas / tarefas; e 6) progresso confiante, sendo que cinco destes previam o resultado pós-terapia avaliado pelo cliente e / ou terapeuta. Quanto aos terapeutas, os resultados sugeriram quatro componentes básicos: 1) relação de trabalho colaborativa; 2) confiança e dedicação do terapeuta; 3) compromisso e confiança do cliente; 4) capacidade de trabalho do cliente, com três deles prevendo os resultados pós-terapia (Bachelor, 2013). Em 2016, Pearson e Bulsara exploraram as características responsáveis no estabelecimento de aliança terapêutica (AT)

---



em oito terapeutas, com clientes em períodos curtos. Os resultados, embora na maioria congruentes com a literatura em relação à AT, acrescentam alguns detalhes relevantes para a prática clínica: 1) Trabalhar de uma forma integrativa; 2) Estabelecer *Rapport* num ambiente seguro, onde a primeira sessão foi o período mais frequentemente anotado para o início da formação de alianças “vitais” e “essenciais”, tendo vários participantes sugerido que estas se iniciaram nos primeiros dez minutos, parecendo aprofundar-se ao longo do tempo. Este resultado revela uma aliança de tipo 1, denominada por Luborsky (1976), típica dos primeiros estádios da terapia, e que se centra na perceção do apoio que os clientes acreditam terem recebido. De notar, no entanto, que outros autores sugerem que as alianças podem ser avaliadas com maior precisão por volta da terceira sessão (e.g. Munder, Wilmers, Leonhart, Linster, & Barth, 2010); 3) Ser verdadeiro ajuda na construção da aliança, onde são referidas características como serem positivos e validantes, e as qualidades humanas foram referidas como as mais importantes para uma aliança sólida, quando comparadas com os métodos ou técnicas aplicadas. Este resultado vai ao encontro de outras investigações que afirmam que a existência das qualidades humanas são essenciais para o estabelecimento de AT (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Duff & Bedi, 2010; Littauer, Sexton, & Wynn, 2005; Kolden, Klein, Wang, & Austin, 2011; Kolden, Wang, Austin, Chang, & Klein, 2018); 4) Detetar e responder a alianças fracas; 5) Detetar e formar alianças positivas, onde, embora o afeto e os comportamentos do cliente fossem vistos como indicadores de alianças positivas, as contribuições do terapeuta para a formação de uma aliança positiva surgiram como a aplicação de técnicas de aconselhamento e modos de ser. Este resultado corrobora outros estudos onde se demonstrou que o facto do terapeuta dar *feedback* positivo relativamente ao sucesso da terapia e reduzir uma atitude mais negativa no cliente, são preditores de uma aliança mais forte (Muran & Barber, 2010), que os clientes desejam que os seus terapeutas estejam preparados, tenham um plano e também equilibrem as suas perguntas e comentários com a escuta (Littauer, Sexton, & Wynn, 2005), e que os terapeutas podem ser treinados para melhorar as suas alianças (Crits-Christoph, et al., 2006); e 6) A linguagem corporal como um sinal ou indicador de aliança, onde a consciência dos terapeutas sobre os sinais somáticos positivos (linguagem corporal, expressões emocionais positivas, expressões de gratidão, afinidade mútua, desenvolvimento de uma confiança mais profunda) foram vistos como indicadores de que a aliança se começou a formar, corroborando outros autores (Aviezer, Trope & Trodorov, 2012; De Roten, Darwish, Stern, Fivaz-Depeursinge, & Corboz-Warnery, 1999; Leijssen, 2006).

Estudos mais recentes nesta área revelam, cada vez mais, que os clientes percecionam o terapeuta como alguém que deve ter características, acima de tudo, com uma vertente pessoal humana, honesta e responsiva, para além do seu profissionalismo e competência. Em 2016, Levitt e colaboradores realizaram uma revisão abrangente de vários estudos acerca das experiências de 1.414 clientes em terapia individual, onde os resultados não diferenciaram as experiências do cliente nos diferentes estágios da terapia, tendo identificado aspetos do

relacionamento entre o cliente e o terapeuta que podem ser considerados particularmente importantes durante as primeiras sessões como: a) a percepção do profissionalismo do terapeuta; b) o cliente ter a sensação de estar na presença de um apoio autêntico, de uma forma afetuosa e com aceitação; e c) uma atitude responsiva por parte do terapeuta em relação aos objetivos do cliente. No mesmo ano, Corrêa, Ribeiro, Pinto e Teixeira após uma revisão sistemática da literatura sobre a pesquisa focada em eventos significativos em Psicoterapia e a sua relação com o processo de colaboração entre o terapeuta e o cliente, concluíram que a atenção a eventos significativos pode ser uma estratégia importante para melhorar a compreensão de como o processo de mudança ocorre em Psicoterapia. Este estudo teve como objetivo compreender como esses dois tópicos de pesquisa foram abordados em conjunto por investigadores de Psicoterapia, tendo os resultados sugerido que os fatores de mudança associados a eventos significativos incluem, não apenas as intervenções dos terapeutas, mas também aspetos de natureza relacional. Em tom de conclusão, os autores sugerem que é crucial compreender de forma aprofundada os diversos eventos terapêuticos identificados como significativos para a mudança do cliente, tanto pelo cliente como pelo terapeuta, através de uma análise contínua, observando momento a momento ao longo de todo o processo terapêutico. Estes autores defendem que este tipo de abordagem, poderá contribuir positivamente para a prática da Psicoterapia, uma vez que ajuda os terapeutas a desenvolver estratégias mais recetivas e produtivas com os seus clientes, partindo do pressuposto que estarão previamente mais preparados no que diz respeito às motivações e princípios do sucesso terapêutico (Corrêa et al., 2016). Em 2018, Lavik, Frøysa, Brattebø, McLeod e Motu, realizaram uma revisão de estudos qualitativos focados no efeito dos processos de formação da AT durante as primeiras sessões em Psicoterapia e os resultados mostraram que os clientes designaram 5 categorias, organizados pela seguinte ordem: 1) a união de dois fatores num terapeuta: competente e caloroso; 2) o cliente ser entendido como uma pessoa inteira; 3) sentir-se apreciado, tolerado e apoiado; 4) ganhar força e esperança para o futuro; e 5) superar medos iniciais e apreensão sobre Psicoterapia. Quanto aos terapeutas, os resultados revelaram 6 categorias, na respetiva ordem: 1) encontrar um equilíbrio entre uma intervenção técnica e uma abordagem calorosa interpessoal; 2) o terapeuta mostrar um desejo genuíno de entender o cliente; 3) apoiar abertamente a necessidade do cliente; 4) fazer ajustamentos para criar uma sensação de segurança; 5) prestar atenção à linguagem corporal; e 6) fornecer experiências úteis ao longo da primeira sessão. Esta foi a primeira meta-análise deste tipo, em relação à dupla perspetiva de terapeutas e clientes, mostrando pontos comuns e divergências temáticas, de como o desenvolvimento da AT é experienciado.

De ter em consideração que, apesar dos aspetos da terapia mais negativos ou prejudiciais terem sido menos estudados, há estudos que revelam algumas características a evitar (por exemplo, promover um sentimento estigmatizado, exposto, desprotegido e emocionalmente sobrecarregado), ajudando os terapeutas na

sua prática clínica (e.g. McElvaney & Timulak, 2013). Em jeito de conclusão, podemos afirmar que os estudos que exploram esta área revelam, repetidamente, que os clientes valorizaram a presença de um relacionamento real, atencioso, de suporte e sem julgamento, onde o cliente se sente compreendido e aceite (e.g. Timulak et al., 2017), os clientes e os terapeutas influenciam na qualidade da relação e no sucesso da terapia (e.g. Lavik et al., 2018; Levitt et al., 2016; Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton, 2007) e a importância da capacidade para se abrir com o terapeuta, de participar na terapia e estar aberto à aprendizagem (e.g. Timulak et al., 2017).

Em seguida iremos mudar a lente desta revisão. Até aqui, abordámos questões que se prendem com a os fatores comuns e aprofundámos, de uma forma qualitativa, o “Como” e “Quando” se pode promover uma boa AT, na perspetiva do cliente e do terapeuta. Passaremos agora à descrição de uma corrente da psicologia que surgiu com o objetivo de identificar aquilo que fortalece o ser humano, e previne o desenvolvimento e reincidência de psicopatologia: a Psicologia Positiva. Iremos abordar a sua pertinência e descreveremos fenómenos como a positividade, o florescimento, a capitalização e a responsividade, integrando modelos teóricos e estudos científicos que suportam a sua construção.

### 1.3 Psicologia Positiva

#### 1.3.1 A Positividade e o Florescimento

Em 1998, Martin Seligman ao assumir a presidência da APA, decide orientar o seu mandato de forma a contrariar o percurso da psicologia na orientação do foco para a psicopatologia, reequilibrando com a atenção científica dada à experiência humana positiva. No ano 2000, Csikszentmihalyi associa-se a este autor e publicam uma edição especial do *American Psychologist*, na qual enfatizam que a Psicologia não produzia conhecimento suficiente sobre os aspetos virtuosos e as forças pessoais que todos os seres humanos possuem (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Em 2002, Seligman afirma que chegou o momento da Psicologia se preocupar em ampliar o campo e modificar o foco de estudos, ou seja, não estar restrita apenas a reparar o que está errado e disfuncional, mas sim a (re)construir qualidades positivas. Para este autor, estudar o “comum e o positivo” pode propiciar o entendimento daquilo que não adoeceu ou está bem, sendo este “comum” tudo o que diz respeito a aptidões e fatores saudáveis, características fundamentais para levar a cabo qualquer intervenção psicoterapêutica. Assim, a PP não vem tratar algo diferente ou inexistente, vem sim dar ênfase e privilegiar aspetos que, até então, tinham sido considerados secundários, devido à pertinência do surgimento do estudo da psicopatologia.

Podemos afirmar que é de senso comum que as pessoas querem ser felizes, e uma década de pesquisas revela os benefícios da felicidade para a saúde mental e física (e.g. Catalino, Algoe, & Fredrickson, 2015; Fredrickson, 1998, 2013; Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008; Fredrickson & Joiner, 2002, 2018;

Kern, & Lyubomirsky, 2007; Kok et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2005; Major, Le Nguyen, Lundberg, & Fredrickson, 2018; Steptoe, Dockray, & Wardle, 2009). No entanto, a busca explícita da felicidade parece poder ser contraproducente (Catalino et al., 2015) e uma série de estudos mostraram a complexidade deste constructo (e.g., Ford, Mauss, & Gruber, 2015; Ford, Shallcross, Mauss, Floerke, & Gruber, 2014; Gentzler, Palmer, & Ramsey, 2016; Mauss, Tamir, Anderson, & Savino, 2011; Schooler, Ariely, & Loewenstein, 2004) onde os resultados revelaram que o ato de simplesmente prestar atenção contínua à felicidade pode ter um efeito bumerangue, levando a menos felicidade ou até ao surgimento de comportamentos e emoções paradoxais. Neste sentido, procurar a felicidade, embora seja uma arte delicada, pode ser uma busca válida (Catalino et al., 2015). De acordo com a visão da PP, conhecer as forças e virtudes ajuda no “florescimento” das pessoas, comunidades e instituições (Keyes & Haidt, 2003). O florescimento é definido como uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos. Os mesmos autores (op. cite) salientam que o florescimento significa um estado no qual os indivíduos sentem uma emoção positiva pela vida, apresentam um ótimo funcionamento emocional e social, e não possuem problemas relacionados à saúde mental, vivendo intensamente, mais do que meramente existindo. Em 2001, Fredrickson inicia o seu processo de descoberta desta corrente e procura entender quais os fatores que permitem o desenvolvimento do florescimento nos indivíduos, nas comunidades e nas sociedades. As emoções negativas têm um papel crucial na questão da sobrevivência humana, o problema instala-se quando estas são prolongadas ou surgem em contexto impróprio, podendo originar graves problemas para o indivíduo, e, consequentemente, para a sociedade. Em 2002, esta autora mostra que as EP induzidas em laboratório causam uma maior dissipação das emoções negativas, e servem para desfazer os efeitos secundários cardiovasculares das emoções negativas, ajudando os indivíduos a encontrar significados positivos em situações de maior conflito; e em 2003 menciona pesquisas que sugerem que as EP promovem longevidade, o funcionamento individual e coletivo, o bem-estar psicológico e a saúde física, e enfatiza que estas características perduram depois da EP ter desaparecido, prevendo um aumento da capacidade de recuperação e do otimismo, ajudando a desfazer os efeitos nefastos das emoções negativas. Assim, ao contrário da ciência tradicional que se tem vindo a preocupar, acima de tudo, com as emoções negativas, explorando a prevenção e o tratamento das doenças, Fredrickson mostra uma nova visão, a de como utilizar as EP de forma a prevenir ou resolver os problemas causados pelas emoções negativas (Fredrickson, 2002; Fredrickson, 2003; Huppert, Baylis, Keverne, Fredrickson, 2004; Fredrickson & Joiner, 2002, 2018; Major et al., 2018).

A investigação mostra que, se os indivíduos tiverem maiores níveis de EP, vão empenhar-se em mais pensamentos, comportamentos e atos volitivos que promovam a sua reabilitação (Dunn & Brody, 2008), podendo, inclusive, reduzir sentimentos de depressão, reconhecer pequenos ganhos, ganhar esperança na

mudança funcional e motivação para continuar com o tratamento (Seale, Berges, Ottenbacher, & Ostir, 2010). Além disso, tendem a participar mais em relacionamentos sociais, a ser mais otimistas relativamente ao futuro, a ter mais sucesso no confronto e a sentirem que possuem o controlo das suas vidas (Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001). Perante uma situação de adversidade é útil manter o sentido de coerência, ou seja, se os acontecimentos indesejados forem compreendidos pelo próprio, então podem ser interpretados como menos adversos, onde o significado pode ser encontrado nas piores circunstâncias sendo este elemento importante para que os indivíduos se mantenham saudáveis (Antonovsky, 1987). Igualmente, ser capaz de reconhecer o seu progresso permite que continue a reabilitação, aumenta os níveis de EP e enfraquece os efeitos do *stress* e das emoções negativas (Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000) e estabelecer uma orientação para o futuro permite aumentar os níveis de EP, sentir-se motivado para agir e realizar mudanças favoráveis (Dunn, Elliot, & Uswatte 2009; Dunn, Uswatte, & Elliot, 2012). É igualmente importante criar e reforçar as expectativas de eficácia pessoal, ou seja, a convicção de que o próprio indivíduo é capaz do comportamento adequado para obter o resultado (Bandura, 1982). De acordo com Fredrickson (2001), as EP têm a capacidade de conter a excitação automática gerada por emoções negativas e ampliar a atenção, pensamentos e, inclusive, repertórios comportamentais. Assim, é de todo o interesse para a psicologia identificar e implementar estratégias de intervenção que promovam o desenvolvimento de EP, ou seja, o florescimento dos aspetos virtuosos da natureza humana, sem nunca, naturalmente, desvalorizar o sofrimento humano. De ressaltar que a PP não pretende negar o que vai mal ou o que é desagradável na vida dos seres humanos, uma vez que reconhece a existência e importância do sofrimento humano, situações de risco e patologias, mas pretende complexificar a experiência humana acrescentando o estudo de outras dimensões relevantes como, por exemplo, a felicidade e o altruísmo, oferecendo assim, novas possibilidades de resposta às questões mais antigas (Paludo & Koller, 2007).

No que diz respeito ao desenvolvimento de EP e seus efeitos, Marcial Losada afirma que o rácio Positivo/Negativo (P/T) é como uma fonte poderosa para dar *feedback* ao comportamento humano, onde o positivo encoraja a manter o mesmo, e o negativo, pelo contrário, geralmente atua como um sinal para o moderar, parar ou, inclusive, o redirecionar (Fredrickson, 2009; Fredrickson & Losada, 2005; Losada, 1999; Losada & Heaphy, 2004). Em 1999, Losada mostrou que o limite mínimo para um funcionamento de equipas em florescimento é de 2.9, conhecido como *Losada Line*, e o rácio de 11.6 é o limite máximo, onde, acima deste qualquer *feedback* positivo por cada negativo, deixa de ser funcional; afirma ainda que as dinâmicas mais complexas ocorrem nesta linha (2.9) ou acima dela, e as mais simples abaixo da mesma, sendo esta complexidade definida pela capacidade que os sujeitos têm, ou não, para compreender o outro. Assim, quanto maior o desempenho da equipa, maior a capacidade para compreender o outro na sua complexidade, e, neste sentido, quanto maior o rácio de P/T, maior a capacidade para interagir com o outro através do positivo,

promovendo sentimentos agradáveis, mantendo e motivando o comportamento. Pelo contrário, interagir com o outro através do negativo, promove sentimentos desagradáveis, e ajuda a diminuir ou a cessar comportamentos, ou até mesmo a redirecioná-los. Desta forma, podemos definir a positividade como um ato de fala positivo que reflete demonstração de apoio, encorajamento ou apreciação, e a negatividade, como um ato de fala negativo, que reflete demonstração de desaprovação, sarcasmo ou ceticismo. Da mesma forma, Gottman (1994) iniciou os seus estudos sobre os fatores semelhantes na relação conjugal e os resultados mostraram que os casamentos que florescem têm um rácio de P/T igual a 5.1, ao contrário daqueles que acabam no divórcio, com um rácio de .77. Mais recentemente, estudos têm vindo a confirmar esta teoria (Babcock, Gottman, Ryan, & Gottman; 2013; Davoodvandí, Nejad, & Farzad, 2018; Gottman, 2017; Mahmoudi, Zahrakar, Amirian, Davarnia, & Babaee Garmakhan, 2015; Shapiro, Gottman, & Fink, 2015).

Em 2013, Brown, Sokal e Friedman publicaram um artigo fazendo uma crítica à *Losada Line*, apontando elevados erros matemáticos que consideraram fundamentais, questionando o rácio sugerido por Fredrickson e Losada. Em resposta a este artigo estes autores aceitam que a aplicação deste modelo no formato deste rácio poder ser questionável, mas mantiveram a sua convicção de que, de um modo geral, uma elevada taxa de positividade versus negatividade emocional é benéfica ao florescimento (Fredrickson & Losada, 2013).

No mesmo ano, com base na Teoria da Ampliação e Construção de EP, Fredrickson vem afirmar que esta identifica um tipo específico de ligação interpessoal de alta qualidade chamado Ressonância de Positividade (RP), que pode surgir entre parceiros românticos e amigos de longa data, entre colegas de trabalho ou entre estranhos, sendo assim particularmente poderoso na promoção da saúde e bem-estar (Fredrickson, 2013). De acordo com a autora, a RP é uma experiência momentânea que ocorre quando duas ou mais pessoas têm uma ligação interpessoal caracterizada por três características: (a) afeto positivo partilhado entre as duas, (b) cuidado mútuo e preocupação, e (c) sincronia comportamental e biológica. Embora as ligações interpessoais sejam conhecidas como ligações que preveem a saúde e o bem-estar (Holt-Lunstad & Smith, 2012), autores como Major et al., (2018) postulam que as experiências interpessoais de afeto positivo, cuidado e preocupação mútuos, e a sincronia biológica de comportamento, parecem elevar a qualidade dos episódios de ligações interpessoais, e parecem ter impacto duradouro na saúde dos indivíduos e no bem-estar. Em 2013, Fredrickson afirma que esses três componentes tem uma contribuição importante para a qualidade dos relacionamentos interpessoais, onde o primeiro, (a) afeto positivo compartilhado, se refere a qualquer elemento de prazer que ocorra numa experiência subjetiva experimentada em conjunto com outras pessoas. Por exemplo, sorrisos compartilhados ajudam as pessoas a entender melhor as situações sociais e as emoções dos outros (Niedenthal, Mermillod, Maringer, & Hess, 2010) e o riso compartilhado, mais do que o riso isolado, está ligado a uma maior qualidade de relacionamento, proximidade e apoio social em casais (Kurtz & Algoe, 2015). Ainda no âmbito da partilha,

a investigação indica que divulgar notícias de um evento positivo com outras pessoas pode amplificar o afeto positivo, tornar o evento mais memorável e aumentar a satisfação com a vida. Além disso, quando um evento positivo é associado a Respostas Ativas e Construtivas (afirmar com entusiasmo e preocupação genuína as experiências de revelação), estas aumentam o afeto positivo e a satisfação com a vida e ultrapassa os efeitos de apenas compartilhar o evento em si (Gable & Reis, 2010). O segundo elemento, (b) o cuidado e preocupação mútuos, referem-se à medida em que cada pessoa está momentaneamente preocupada e dedicada ao bem-estar do(s) outro(s) (Fredrickson, 2013). Neste sentido, o cuidado e preocupação mútuos são importantes em relacionamentos de qualidade elevada, porque o sentimento de se ser reconhecido ou respeitado confirma o valor e o sentido de competência que o outro lhe dá (Dutton & Heaphy, 2003), tornando os parceiros da interação menos propensos a sentirem-se julgados e mais dispostos a oferecer os seus pontos de vista, sem medo de prejudicar a sua imagem (Carmeli, Brueller, & Dutton, 2009; Edmondson, 2004). A percepção deste investimento genuíno e a capacidade de resposta foram identificados como uma marca importante de proximidade e intimidade (Reis, Clark, & Holmes, 2004). O terceiro e último componente, (c) a sincronia comportamental e biológica, refere-se ao grau de comportamentos não-verbais, à fisiologia e ao disparo de ativações neuronais que se dão ao mesmo ritmo (p.e. *Rapport*). Igualmente, esta sincronia comportamental tem sido associada à qualidade dos relacionamentos (Helm, Sbarra, & Ferrer, 2014) ao vínculo social (Feldman, 2015), e à compreensão interpessoal (Stephens, Silbert, & Hasson, 2010). Podemos assim afirmar que, de acordo com esta teoria a RP, mesmo que episódica, parece ter efeitos momentâneos e a longo prazo, onde episódios de RP parecem ampliar a interação em momentos de compromisso, aumentando a sua tomada de consciência, empatia, compreensão interpessoal, bem como aumenta sentimentos de união e proximidade social. Assim, construir estes recursos através da acumulação de episódios de RP parece promover uma saúde com mais qualidade e bem-estar no geral.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que a investigação mostra que a felicidade traz benefícios à saúde mental e física bem como as EP são a causa de resultados favoráveis através da sua vivência em experiências repetidas, promovem relações de maior qualidade, e melhoram a saúde física e o desempenho laboral. Sabe-se, igualmente, que a busca incessante da felicidade pode ser contraproducente ou até provocar um efeito bumerangue levando à infelicidade, tornando assim o estudo deste constructo um fenómeno de grande complexidade. Neste sentido, a investigação tem-se debruçado sobre este tema, procurando encontrar um modelo específico para que se possa entender como esta se constrói, como se houvesse uma dose certa de EP versus negativas para que esta felicidade se possa concretizar, ganhar consistência e perdurar no tempo. Fredrickson, entre outros autores, tem-se dedicado a estudar este constructo, através de temas como o florescimento, explorando o rácio de positividade versus negatividade, afirmando que, uma elevada taxa de

positividade versus negatividade emocional é benéfica ao florescimento, e que episódios de RP no âmbito da Teoria da Ampliação e Construção de Emoções, ampliam a interação em momentos de compromisso, aumentando, entre outros fatores, a empatia, compreensão interpessoal e proximidade social. Assim, sabendo que o florescimento contribui para o constructo da felicidade e a indução de EP promove maior qualidade física e psicológica e relacionamentos com mais qualidade, é de todo o interesse para a prática clínica avaliar se e de que forma também se aplica em contexto terapêutico.

### 1.3.2 A Capitalização e a Responsividade

A partilha das boas notícias e experiências positivas com os outros é denominada de Capitalização, inicialmente identificada por Langston (1994), posteriormente revista e investigada por Gable, Reis, Impett e Asher (2004), onde os benefícios pessoais e relacionais têm sido demonstrados (Gable & Reis, 2010). Este termo é usado para se referir ao processo de interpretação benéfica de EP, ou seja, capitalizar as EP parece ser um processo psicológico importante na determinação da saúde mental, uma vez que ajuda o sujeito a aprender a saborear a vida (Peters, Reis, & Gable, 2018). De acordo com estes autores, o constructo de felicidade não pode ser entendido meramente como a ausência do negativo e a experiência positiva é um dos determinantes de crenças importantes como autoestima, autoeficácia e motivação. É importante salientar que a capitalização tem fundamentos e restrições subjacentes à sua definição: 1) em primeiro lugar, as respostas dos recetores às boas notícias e, mais importante, as percepções dos capitalizadores sobre as suas respostas, são fundamentais e críticas para determinar os resultados intrapessoais e interpessoais (Gable & Anderson, 2016; Gable et al., 2006; Gable et al., 2004; Lambert et al., 2012); 2) implica o recontar da história e da experiência, ambas de boas notícias; 3) o ato de partilhar e, igualmente, a resposta do parceiro, são a chave para obter resultados positivos intrapessoais e interpessoais; 4) as ações de capitalização sobrepõem-se ao apoio social e permanecem, teórica e empiricamente, distintas deste último (Shorey & Lakey, 2011). As definições tradicionais de apoio social envolvem contextos nos quais as adversidades ou *stress* são diminuídas ou atenuadas, e o principal objetivo é aliviar os resultados negativos (Cobb, 1976; Cohen & Wills, 1985). Quando as pessoas partilham eventos positivos com outras, o seu objetivo é sustentar, prolongar ou aumentar as EP, e talvez também fortalecer o seu relacionamento com os recetores (Peters et al., 2018).

Estudos recentes amplificam a definição de apoio social incluindo contextos adversos e não adversos e nesse contexto, o apoio social pode igualmente ser uma oportunidade para crescer com a experiência de uma forma positiva, sendo resiliente e otimista perante a adversidade (Feeney & Collins, 2015). De acordo com os autores, os provedores de suporte social podem facilitar o crescimento, e não simplesmente aliviar o afeto negativo, mas em contraste, os contextos não adversos como contextos de capitalização, são caracterizados por



uma busca de crescimento e prosperidade na ausência de adversidades. A existência de mecanismos afetivos, motivacionais e comportamentais que estão subjacentes ao processo de capitalização, distingue-a das definições tradicionais de apoio social (Peter et al., 2018). O grau em que as ações reais de suporte contribuem para a percepção de disponibilidade de apoio efetivo não é claro, uma vez que as medidas dos dois apresentam apenas uma forte correlação (p.e., Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007). Em 2012, Gable, Gosnell, Maisel e Strachman realizaram uma investigação composta por três estudos distintos, onde, nos dois primeiros foi avaliado porque é que o suporte a eventos negativos tem resultados tão irregulares, e no terceiro avaliado de que forma o suporte a eventos positivos pode ser considerado um fator de grande contribuição para a percepção de disponibilidade a eventos de apoio e concluíram que, embora a responsividade a eventos negativos melhore a qualidade dos relacionamentos, estes benefícios são menores que os benefícios a eventos positivos, já que os resultados de avaliação intra e interpessoais revelam índices de bem-estar baixos e ansiedade elevada. Por outro lado, a responsividade a eventos positivos foi considerada o melhor preditor da percepção de apoio e qualidade de suporte, sendo assim a que mais impacta positivamente nas EP dos interlocutores (Gable et al., 2012).

Em 2006, Gable e colaboradores aprofundaram o tema da responsividade à partilha de eventos positivos e investigaram de que forma as respostas a acontecimentos positivos dos outros que nos são próximos, reforçam o bem-estar e a qualidade das relações estreitas. De acordo com os autores, uma importante chave para a compreensão de uma relação forte, é compreender como esta funciona nos bons momentos, e não só na forma como resiste aos maus. Surpreendentemente, os autores verificaram que há quatro formas possíveis de responder a uma notícia positiva, e apenas uma forma – Resposta Ativa Construtiva – é considerada boa para a relação. Os casais onde as respostas são dadas nas outras três formas menos positivas, têm um maior risco de desistir da relação. Assim, os autores dividem o tipo de respostas em quatro formas: Resposta Ativa Construtiva (RAC), onde é transmitido o entusiasmo, o apoio e o interesse, como por exemplo, “Isso é ótimo! Estou muito orgulhosa(o)!”; Resposta Passiva Construtiva, onde se transmite apenas o prazer de ouvir a notícia, como por exemplo “Bom trabalho!”; Resposta Ativa Destrutiva, onde se apontam os principais problemas ou consequências, como por exemplo “Isso significa que vais trabalhar até mais tarde?!”; Resposta Passiva Destrutiva, onde a notícia é totalmente ignorada, como por exemplo “Espera até eu te contar o que me aconteceu hoje!”. À primeira, RAC, dão o nome de Capitalização, uma vez que amplia o prazer da boa notícia e contribui para uma crescente espiral de EP, e consideram ser a chave para um relacionamento forte. Mais tarde, foi realizado um estudo com o objetivo de identificar os comportamentos responsivos em diferentes contextos, positivos e negativos, e os resultados mostraram que, quanto mais tempo um parceiro ocupou a fornecer comportamentos responsivos (p.e., reafirmação, perspetiva, validação de identidade), mais responsividade relataram sentir durante essas interações. Este padrão foi menos forte na partilha de eventos negativos, mas para

mulheres com baixa autoestima, e os comportamentos responsivos associaram-se significativamente à percepção de responsividade durante as divulgações do evento negativo, e não para aqueles com uma autoestima elevada. Assim, de um modo geral, os resultados mostraram que a medida que avalia as respostas a eventos positivos - PRCA - foi preditora da forma como os participantes se sentiam compreendidos, validados e cuidados durante a divulgação positiva do evento, mas não durante a divulgação de eventos negativos. Parece assim que, apoiar o parceiro em situações de *stress* não é necessariamente a mesma coisa que apoiar o parceiro nos bons momentos. Isto revela a importância do contexto da interação. Mostraram ainda que o sentimento de compreensão, validação e cuidado durante a partilha do evento positivo se associaram de forma elevada e consistente ao bem-estar da relação (satisfação, compromisso e amor), e que os comportamentos responsivos se associaram às percepções após a interação de responsividade, mostrando que a resposta comportamental afeta tanto o sujeito que faz a partilha, como o próprio relacionamento. De acordo com os autores, parece assim que a investigação sugere que a capitalização é essencial para a satisfação e crescimento dos relacionamentos interpessoais.

Investigações mais recentes mostram que as tentativas de capitalização estão associadas a um maior bem-estar relacional, vinculação, segurança e aceitação (Gable et al., 2012; Pagani et al., 2015), particularmente quando as tentativas são explícitas (Pagani et al., 2015). Maiores percepções de apoio à capitalização estão associadas a uma maior satisfação no relacionamento, compromisso, amor e apreciação (Fivecoat, Tomlinson, Aron, & Caprariello, 2015; Hershenberg, Mavandadi, Baddeley, & Libet, 2016; Kashdan et al., 2013). Da mesma forma, sujeitos que acreditam que apoiaram o parceiro também apresentaram uma maior satisfação e compromisso no relacionamento (Kashdan et al., 2013), e sujeitos que relataram empatia com as EP dos outros, expressaram uma maior disposição para ajudar aqueles que mais necessitam, estando mais comprometidos em fazer os outros felizes (Andreychik & Migliaccio, 2015). Num estudo longitudinal, perceber um parceiro como responsivo levou a uma maior satisfação no relacionamento um ano depois (Logan & Cobb, 2013). Esta associação foi modulada pela duração do relacionamento, tal como a capitalização esteve mais relacionada com a satisfação no relacionamento no seu início. De acordo com os autores, esta parece ser uma descoberta chave, alegando que, capitalizar numa altura precoce pode contribuir com capital emocional que fornece uma base para o desenvolvimento de confiança, intimidade mútua e EP, bem como pode servir de suporte contra futuras ameaças ao relacionamento (Feeney & Lemay, 2012; Gable et al. 2004). Da mesma forma, quanto mais os capitalizadores perceberam que seu parceiro era responsivo, mais íntimos se sentiam (Otto, Laurenceau, Siegel, & Belcher, 2015; Tasfiliz et al., 2018). Igualmente, casais em dificuldades submetidos a Psicoterapia, relataram maior satisfação no relacionamento pós-terapia sempre que foi fornecido maior suporte à capitalização

---

(Hershenberg et al., 2016). Podemos assim concluir que a investigação reitera os benefícios da capitalização, no que diz respeito à proximidade e bem-estar das relações.

Mas, e o que motiva os capitalizadores a usar a capitalização? Numa perspectiva evolucionista, capitalizar pode facilitar o objetivo fundamental de criar e manter alianças cooperativas, ou seja, de manter a necessidade de pertença de grupo (Baumeister & Leary, 1995), aumentando assim o valor social percebido (Delton & Robertson, 2016; Kenrick, Maner, & Li, 2005). Por outro lado, também oferece aos indivíduos uma oportunidade de restaurar o seu valor relacional sempre que este estiver mais diminuído, por ter um afeto negativo associado e uma baixa autoestima (Leary, 2010), não devendo estas estratégias compensatórias anular as funções mais fundamentais da capitalização (Peter et al., 2018). Quanto aos seus benefícios, além de satisfazer as necessidades de pertença de grupo, as interações de capitalização bem-sucedidas produzem EP (Gable et al., 2004; Langston, 1994; Reis et al., 2010), as EP amplificam as nossas cognições e ações, e constroem recursos pessoais, sociais e psicológicos (Fredrickson, 1998, 2001; Fredrickson & Branigan, 2005). Assim, se capitalizar promove a indução de EP, então deve igualmente promover o seu alargamento e a sua construção (Peters et al., 2018). Outra justificação que parece motivar os capitalizadores é a ideia de prosperar, florescer e progredir em direção a um objetivo, apesar de, ou por causa, das circunstâncias (Feeney & Collins, 2015). De acordo com estes autores, o termo “prosperar” deriva, em parte, do apoio positivo que um parceiro pode fornecer através de interações de capitalização responsivas. Da mesma forma, o encorajamento dos parceiros ao esforço pessoal dos indivíduos pode promover a obtenção de metas e crescimento pessoal (Fitzsimons, Finkel, & VanDellen, 2015; Rusbult, Kumashiro, Kubacka, & Finkel, 2009). As primeiras pesquisas sobre capitalização centraram-se no capitalizador, sujeito que executa a ação de capitalizar o outro e várias investigações têm sido efetuadas no sentido de descobrir os benefícios deste fenómeno (Peter et al., 2018). A investigação mostra que partilhar boas notícias com os outros está associado a um maior afeto positivo e é uma atitude comum (Gable et al., 2004; Langston, 1994; Reis et al., 2010), sendo que compartilhar boas notícias está associado a uma variedade de atos intrapessoais e interpessoais positivos, particularmente quando esta capitalização é efetuada com um parceiro próximo, mostrando que capitalizar parece promover efeitos benéficos no capitalizador e a quem recebe esta capitalização (Reis et al., 2010). Ao nível interpessoal, capitalizar com um parceiro responsivo, através de Respostas Ativas Construtivas e Respostas Passivas Construtivas, está associado a um maior afeto positivo, satisfação com a vida, sentimentos de aceitação, bem-estar subjetivo e menor efeito negativo (Cohen, Smith, & Reis, 2009; Gable et al., 2004). Da mesma forma, a investigação mostra que perceber o parceiro como responsivo tem demonstrado diversos resultados interpessoais, incluindo maior satisfação, compromisso, intimidade, confiança, qualidade de relacionamento com capacidade de resposta percebida, e menor dissolução de relacionamento (Bermis, 2008; Gable et al., 2004;

---

Gable & Reis, 2006). Ter um parceiro responsivo às necessidades do outro após a sua divulgação, faz com que o emissor da notícia se sinta compreendido, validado e apoiado (Reis et al., 2004). Assim, o termo “responsividade” pode ser traduzido como a capacidade para dar uma resposta percebida que origina resultados positivos pessoais e de relacionamento (e.g. Laurenceau, Barrett, & Pietromonaco, 1998; Manne et al., 2004), e fomenta a intimidade nos relacionamentos, indo além dos benefícios da autorrevelação (Feeney & Collins, 2015). De acordo com diversas pesquisas, a responsividade percebida é central em diversas áreas das relações próximas como p.e. intimidade, confiança e empatia (Elkin et al., 2014; Lemay, Clark, & Feeney, 2007; Murray, Holmes, & Collins, 2006; Reis et al., 2010).

Em suma, podemos concluir que a capitalização à partilha de eventos positivos ou à autorrevelação é um aspeto crítico das interações entre parceiro íntimos, mas ter um parceiro responsivo às necessidades do outro após a sua divulgação, pode fazer a diferença na forma como este se sente compreendido, validado e apoiado. Assim, o termo “responsividade” pode ser traduzido como a capacidade para dar uma resposta percebida que origina resultados positivos pessoais e de relacionamento, e fomenta a intimidade nos relacionamentos, indo além dos benefícios da autorrevelação. Assim, não basta capitalizar, é necessário fazê-lo com responsividade. A investigação mostra, igualmente, que a responsividade percebida promove indução de EP e é central em diversas áreas que revelam proximidade da relação, como p.e., intimidade, confiança, empatia, compromisso, e tem implicações na qualidade dos relacionamentos, revelando menor dissolução dos mesmos. Assim, se o estabelecimento da AT depende de diversos fatores como, por exemplo, a proximidade, confiança e empatia, criados ao longo do processo terapêutico, faz todo o sentido explorar de que forma a AT é influenciada pelas EP promovidas por este tipo de intervenção, e podem ou não influenciar a perceção de eficácia terapêutica, na perspetiva de ambos os interlocutores, cliente e terapeuta.

Chegando ao final da revisão de literatura das teorias subjacentes e evidências empíricas associadas às dimensões do presente estudo, passaremos à descrição do nosso método.

---

## 2 Capítulo. MÉTODO

Neste estudo pretendemos avaliar, na perspectiva do cliente e terapeuta, que características são percebidas como as mais impactantes no processo terapêutico, e investigar de que forma a positividade, o florescimento, e a capitalização com responsividade influenciam a aliança terapêutica (AT) e o processo terapêutico. Por ser uma área ainda não investigada no âmbito da Psicologia Clínica, sendo assim um projeto pioneiro nesta área, este é um estudo piloto que pretende fomentar futuras investigações experimentais ou quase-experimentais, de forma a validar os seus resultados.

Um estudo piloto é definido como um instrumento em pequena escala capaz de reproduzir os métodos projetados para um estudo de maior escala (Mackey & Gass, 2005). De acordo com Bailer, Tomitch e D'Ely (2011), este tipo de estudo pode ser visto como uma mini versão do estudo completo que se pretende efetuar. Para obter resultados de alta qualidade, é necessário um bom estudo de pesquisa com um projeto experimental relevante e desempenho preciso. Analisar a sua viabilidade antes de realizar o estudo principal, também conhecido como estudo completo ou ensaio principal em larga escala, pode ser muito benéfico para este propósito. Assim, um estudo piloto é o primeiro passo de todo o protocolo de investigação, sendo um estudo de menor envergadura que auxilia na projeção e delineação do estudo principal. Mais especificamente, o estudo piloto precede o estudo principal de modo a analisar sua viabilidade e deve determinar não apenas o objetivo e a questão do estudo, como também os métodos experimentais e cronograma, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, adequação do método para a recolha de dados, o armazenamento e teste dos instrumentos utilizados para as medidas no estudo, e promover um treino para os investigadores (Tashakkori & Teddlie, 2003). Dessa forma, a realização de um estudo piloto para estudos experimentais ou quase-experimentais, podendo ser realizado como um estudo externo independente ao estudo principal ou como um estudo interno incluído no projeto de pesquisa do estudo principal, é uma etapa fundamental para o aprimoramento dos mesmos.

Embora alguns estudos qualitativos tenham investigado os fatores associados ao sucesso da Psicoterapia, estes têm-se focado, fundamentalmente, nas perspectivas dos clientes, sendo ainda escassa a literatura que inclua ambos os interlocutores deste processo, dando voz aos terapeutas. Outros estudos, pela sua natureza quantitativa, não captam a experiência e perspectiva dos interlocutores no processo psicoterapêutico sendo que os fenómenos da positividade, florescimento e da capitalização com responsividade, descritos nos modelos de Gable e colaboradores (2006) e de Fredrickson e Losada (2005), e geralmente investigados em ambientes organizacionais e sociais, não foram ainda avaliados dentro de um contexto psicoterapêutico.

Neste estudo, de natureza exploratória e descritiva, pretendemos avaliar através de uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa) de análise, de que forma estes fenómenos, aplicados num ambiente clínico, e na perspetiva do terapeuta e cliente, impactam na AT e no sucesso da terapia.

Neste capítulo apresentamos a metodologia implementada durante a nossa investigação, permitindo assim a sua replicação em estudos futuros. A sua estrutura organizativa contempla, em primeiro lugar, as questões de partida e respetivos objetivos criados para encontrar as respostas, a explicação daquilo que são as metodologias mistas, englobando as perspetivas quantitativas e qualitativas, elucidando as suas potencialidades e limitações, enfatizando a possibilidade da utilização de ambas em simultâneo, tendo em linha de conta os objetivos da investigação. Depois dos seus fundamentos, passamos a descrever todo o processo metodológico adotado neste trabalho, ilustrando a questão de partida com respetivos objetivos agrupados em temas distintos, as fases que o contemplaram, os instrumentos utilizados para recolha de dados, os procedimentos adotados para a recolha, tratamento e análise de dados, e os procedimentos de amostragem eleitos.

Passaremos agora a descrever a nossa questão de partida, os objetivos principais e as questões colocadas, bem como o formato de agrupamento composto por quatro temas distintos.

## 2.1 Objetivos e questões de investigação

O presente estudo teve como questão de partida avaliar se e de que forma a positividade, o florescimento e a capitalização com responsividade contribuem para a AT sucesso terapêutico, bem como identificar os seus maiores contributos, a perceção de eficácia e causas associadas. Tem como objetivos principais analisar e explorar, na perspetiva do cliente e do terapeuta, a eficácia do *feedback* positivo (positividade e florescimento), e das respostas orientadas para o sucesso (capitalização com responsividade), compreender aquilo que melhor contribui para o sucesso terapêutico, e analisar e explorar de que forma outro tipo de respostas, que não as positivas e orientadas para o sucesso, podem impactar no sucesso da terapia. Pretendemos assim, de um modo geral:

- a) Explorar e conhecer as características do processo terapêutico que terapeutas e clientes consideram que melhor contribuíram para o seu sucesso.
  - b) Analisar, explorar e conhecer o impacto e a eficácia do *feedback* positivo e foco nos sucessos com base na análise de dois modelos da PP: Respostas Ativas Construtivas de Gable e colaboradores (2006) e Atos de Fala Positivos de Fredrickson e Losada (2005).
  - c) Analisar, explorar e conhecer o impacto e a eficácia que o uso de outro tipo de respostas (que não a Ativa Construtiva e Atos de Fala Positivos) e o foco nos problemas podem causar, de forma distinta, no processo terapêutico.
-

Uma vez que este estudo analisa conceitos e constructos de ampla diversidade, sendo alguns deles de oposição (como p.e. *feedback* positivo e negativo) e ao longo da investigação foram surgindo novas dimensões decorrentes dos resultados que foram igualmente exploradas e aqui apresentadas, decidimos agrupar as questões da investigação em quatro temáticas, tendo o quinto e último tema surgido após o tratamento dos dados anteriores:

**Tema 1 - O maior contributo para o processo terapêutico:**

- 1 - Que características do terapeuta e cliente são percecionadas como os maiores contributos para o sucesso do processo terapêutico?
- 2 - Quais os momentos altos mais relevantes e até que ponto as díades apresentam sintonia na sua identificação?
- 3 - Que tipo de desejos são mais relevantes e até que ponto as díades apresentam sintonia na sua identificação?

**Tema 2 - O impacto do *feedback* positivo orientado para o sucesso:**

- 4 - De que forma o *feedback* positivo por parte do terapeuta é percecionado e pode ser considerado um agente facilitador do processo terapêutico?
- 5 - Será que uma percentagem mais elevada de Atos de Fala Positivos, por parte do terapeuta ao longo do processo clínico, aparece associada a uma maior perceção de eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria dos sintomas?
- 6 - Será que uma percentagem mais elevada de Respostas Ativas Construtivas, por parte do terapeuta ao longo do processo clínico, aparece associada a uma maior perceção de eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria dos sintomas?
- 7 - Será que uma percentagem mais elevada de Respostas Ativas Construtivas, comparativamente com Respostas Passivas Construtivas, aparece associada a níveis mais elevados de eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria dos sintomas?

**Tema 3 - O impacto do *feedback* negativo, neutro e das respostas orientadas para a problemática:**

- 8 - De que forma AF-, *feedback* neutro e o foco nos problemas são percecionados e podem facilitar e/ou dificultar a evolução do processo terapêutico?
- 9 - Até que ponto o foco real nos sucessos, mais que nos problemas, podem tornar o processo terapêutico subjetivamente mais eficaz, rápido e satisfatório ao nível da evolução de sintomas e rapidez do processo?

10 - Até que ponto a percepção de maior foco nos sucessos que problemas podem tornar o processo terapêutico subjetivamente mais eficaz, rápido e satisfatório ao nível da evolução de sintomas e rapidez do processo?

**Tema 4 - A eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das percepções:**

11 – De que forma é percecionada a eficácia da psicoterapia?

12 – De que forma são percecionadas as causas para o sucesso da terapia e para a confiança no futuro do processo terapêutico?

13 - Haverá sintonia entre os terapeutas e clientes de cada díade no que diz respeito às avaliações de percepção de eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria dos sintomas?

**Tema 5 - Exploração dos novos resultados:**

14 – De que forma as categorias Cuidar, Disponibilidade, Atitude Construtiva e Profissionalismo diferem na sua distribuição para as díades convergentes e divergentes?

15 – Até que ponto a frequência total das categorias principais do primeiro tema, “Os maiores contributos para o sucesso da terapia”, e respetivas médias de sucesso e confiança diferem entre si nas respetivas díades?

A escolha das temáticas tem subjacente um pressuposto que nos parece importante que é o de que as pessoas que participam no processo terapêutico têm uma contribuição fundamental para a compreensão do mesmo. Nesta perspetiva, assumimos que, quer os clientes como os terapeutas são, ou podem ser, informadores privilegiados e competentes para refletir sobre o que é importante para que se possa concluir um processo terapêutico positivo e eficaz. Em relação ao contexto da investigação, decidimos estudar a prática clínica em contexto real uma vez que acreditamos que a psicoterapia pode ser estudada no contexto em que naturalmente ocorre, e não só em contextos de ensaios clínicos, e que, através da sua investigação, se podem identificar elementos importantes e relevantes da psicoterapia (Westen & Bradley, 2005). Definimos ainda que o estudo ocorreu em contexto hospital de saúde pública, restrito a militares e seus familiares.

Como forma de ilustrar todo o método implementado para a execução deste trabalho, justificando as nossas escolhas e permitindo, assim, a sua replicação, passaremos agora a descrever o desenho do estudo.

---



## 2.2 Desenho do estudo

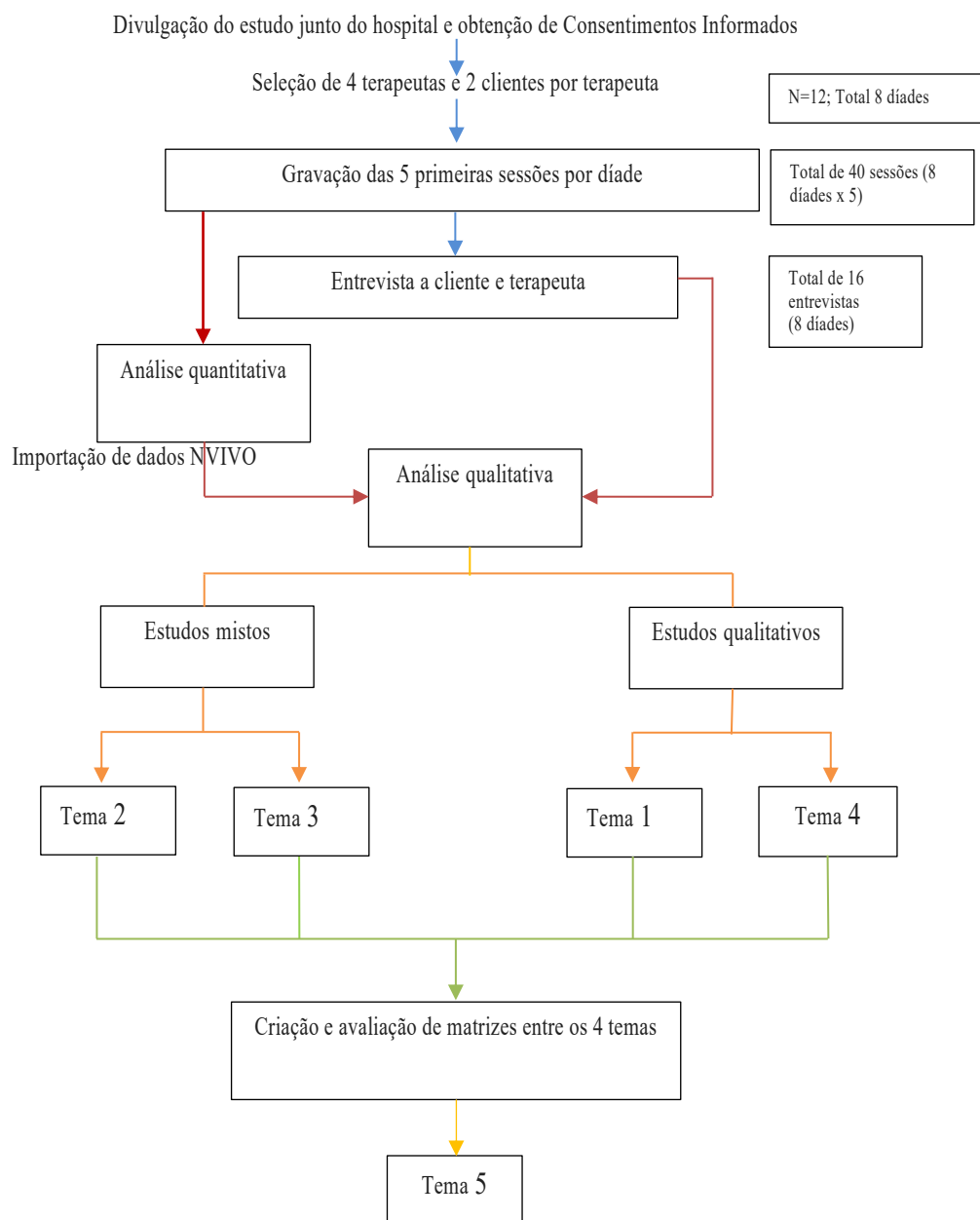


Figura 1. Mapa conceptual da investigação

A escolha do método não deve ser um dado de partida, mas sim uma construção a que chegamos pela análise da realidade que pretendemos conhecer, e dos objetivos a que nos propomos. Após a construção da questão de partida e os respetivos objetivos a atingir, tal como foi atrás referido, o modelo de investigação que serviu de fio condutor para este trabalho foi misto, englobando assim, ambas as perspetivas, quantitativa e

qualitativa. Como método de recolha de dados foram usados a gravação áudio de 40 sessões de psicoterapia e da entrevista a cada elemento da respetiva díade, com um total de 16, e como método de tratamento de dados utilizamos o método quantitativo para as sessões através da estatística descritiva, e o método qualitativo para a análise das entrevistas, utilizando o modelo da GT (Glaser & Strauss, 1967; Charmaz, 2006).

Em seguida, exploraremos os motivos que nos levaram à escolha dos métodos mistos, faremos a descrição na nossa amostragem, apresentaremos os instrumentos utilizados para a recolha de dados, o procedimento com a descrição das várias fases para a recolha e análise de dados, as técnicas usadas para sua análise, terminando com as questões éticas a ter em consideração em qualquer investigação científica.

### 2.2.1 Métodos mistos - Complementariedade do método quantitativo e qualitativo

Nesta secção, descreveremos as vantagens e limitações dos diferentes métodos de investigação, quantitativo e qualitativo, e explicamos porque o método misto, embora fundamentalmente qualitativo, foi a nossa escolha metodológica.

A visão positivista defende que os métodos e técnicas das Ciências Humanas devem aproximar-se das Ciências Naturais (Della Porta & Keating, 2008), mas os seguidores do Interpretativismo (Brady & Collier, 2010) defendem que as Ciências Naturais e Sociais constituem abordagens distintas requerendo assim métodos específicos, existindo assim uma diferença fundamental entre os mundos natural e social: o significado. Por isso, a realidade social deve ser interpretada. Pode-se assim afirmar que ambas as abordagens, quantitativas e qualitativas, têm potencialidades e limitações. Segundo Serapioni (2000), elas são utilizadas com propósitos distintos e cada abordagem tem a sua contribuição específica. Por conseguinte, a vantagem da integração dos métodos quantitativo e qualitativo (métodos mistos) consiste em retirar o melhor de cada uma para responder a questões específicas. Ora, se o objetivo da ciência é descrever, interpretar, explicar ou prever a realidade, logo, a integração de ambas permite que uma área inexplorada seja incorporada ao modelo analítico favorecendo a construção de um desenho de pesquisa mais completo. De acordo com este autor, a investigação tem demonstrado resultados positivos da combinação de ambas as abordagens, e tendo em consideração as forças e as limitações de cada um dos métodos, a sua combinação permite atingir um grau de validade interna e externa, positivo. Ressalva-se que a validade de uma metodologia não pode ser aferida em abstrato, mas sim em relação ao problema e aos objetivos a que pretende dar resposta, e desta forma, é na sua utilidade prática que encontramos a chave para a escolha dos métodos de investigação, podendo intercalar-se momentos de investigação quantitativa, que por sua vez podem levantar questões que serão melhor respondidas por um estudo qualitativo, ou vice-versa. Será assim uma forma de ajudar o investigador a compreender a realidade que obtém (Serapioni, 2000).

Creswell (2007) vem reiterar esta teoria, afirmando que todos os métodos possuem limitações, e os investigadores defendem que os vieses inerentes a um método poderiam neutralizar os vieses oriundos de outros métodos. Surge, assim, a triangulação das fontes de dados de forma a procurar a convergência entre o quantitativo e o qualitativo. Os métodos mistos combinam os métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com métodos emergentes das qualitativas, assim como questões abertas e fechadas, com formas múltiplas de dados contemplando todas as possibilidades, incluindo análises estatísticas e análises textuais. Neste caso, os instrumentos de recolha de dados podem ser ampliados com observações abertas, ou os dados recolhidos podem ser seguidos por entrevistas exploratórias com maior profundidade. No método misto, o investigador baseia a investigação supondo que a recolha de diversos tipos de dados garanta um melhor entendimento do problema pesquisado (Creswell, 2007; Creswell & Clark, 2011). Como afirmam Corbin e Strauss (2008), aludindo a outros autores, no processo de teorização, qualquer técnica, seja quantitativa ou qualitativa, representa apenas um meio para atingir o objetivo. Para estes autores, não há primazia de um método sobre o outro, já que um instrumento é um instrumento, não um fim em si mesmo, sendo importante saber quando e como cada modo pode ser útil para construir a teoria e, assim, tanto a recolha como a análise e a interpretação de dados estão relacionadas com as escolhas e decisões a respeito da utilidade dos procedimentos, sejam eles qualitativos ou quantitativos. Cabe assim ao investigador elaborar um plano de pesquisa que atenda às suas necessidades e corresponda aos objetivos de sua investigação, escolhendo as abordagens qualitativas e quantitativas que mais sejam adequadas e realizar as atividades, respeitando os pressupostos subjacentes a cada procedimento de recolha e análise de dados (Serapioni, 2000).

De acordo com Creswell (2007, 2012) há quatro decisões que fazem parte da seleção de uma estratégia de investigação com métodos mistos: 1) Qual a sequência de recolha de dados quantitativos e qualitativos?; 2) Que prioridade será dada à recolha e à análise de dados quantitativos e qualitativos?; 3) Em que estágio serão integrados os dados e os resultados quantitativos e qualitativos?; e 4) Se é ou não, utilizada uma perspetiva teórica global. Com base nestas questões, o autor define as seguintes pesquisas: a) Estratégia explanatória sequencial (quantitativo-qualitativo), onde se inicia a recolha de dados e análise quantitativa e, posteriormente, a recolha e análise de dados qualitativa, e a interpretação de toda a análise. Aqui, a análise qualitativa é realizada a partir dos resultados produzidos na análise quantitativa, com a vantagem de poder controlar resultados inesperados ou desviantes; b) Estratégia exploratória sequencial (qualitativo-quantitativo), onde se inicia a investigação com a recolha e análise de dados qualitativa e, posteriormente, se realiza a recolha e análise de dados quantitativa, e a interpretação de toda a análise. Aqui, o desenho de pesquisa pode ser ou não teoricamente orientado, servindo para testar hipóteses e fazer generalizações para outras amostras (Morgan, 2007), ou para desenvolver novos instrumentos de recolha e aperfeiçoamento; c) Estratégia transformativa sequencial, que

possui uma perspectiva teórica que orienta o estudo e cujo objetivo se sobrepõe ao uso dos métodos, podendo-se iniciar pela parte quantitativa, ou pela parte qualitativa. Aqui, o investigador utiliza o enfoque teórico como uma perspectiva ampla, e o projeto apresenta dados quantitativos e qualitativos, assegurando uma estrutura de métodos para recolha de dados e para os resultados. Neste caso, a recolha de dados pode assumir uma abordagem sequencial ou concomitante; d) Estratégia de triangulação concomitante, onde há uma recolha concomitante dos dados qualitativos e quantitativos, cujos resultados são comparados para determinar se há convergência, diferença ou alguma combinação; e) Estratégia incorporada concomitante, onde a recolha de dados quantitativos e qualitativos é concomitante, havendo um método predominante que guia o processo, que pode ser quantitativo, como qualitativo, e existe uma base de dados secundária que desempenha um papel de apoio nos procedimentos. Aqui, o método secundário, quantitativo ou qualitativo, é incorporado dentro do método predominante, quantitativo ou qualitativo; f) Estratégia transformadora concomitante, que possui uma perspectiva teórica orientadora do estudo, cujo objetivo se sobrepõe ao uso dos métodos e ocorre com a recolha concomitante dos dados. Esta pode ser baseada em ideologias ou numa estrutura concetual teórica, ficando a perspectiva refletida no objetivo ou nas questões de pesquisa (Creswell, 2007, 2012).

Uma vez que a questão de partida desta investigação teve como objetivos avaliar de que forma os fenómenos da positividade, florescimento e capitalização com responsividade se aplicam à prática clínica, são percecionados pelos participantes e influenciam a sua perceção de eficácia terapêutica, optámos por um estudo de análise mista tendo em consideração as características de cada um dos métodos, onde o método quantitativo foi utilizado para avaliar a primeira parte da nossa questão (se e de que forma os fenómenos da positividade, florescimento e capitalização com responsividade se aplicam à prática clínica) e o método qualitativo foi utilizado para avaliar as perceções dos participantes relativamente a estes fenómenos, e de que forma influenciavam na perceção de eficácia terapêutica. Assim, se alguns objetivos nos remeteram para a análise qualitativa, como o caso da entrevista, outros remeteram para uma análise quantitativa, como o caso da classificação das 40 sessões de psicoterapia. Uma vez que a análise qualitativa pressupunha analisar associações entre os dados resultantes da análise de conteúdo com os resultados da análise estatística, o tratamento de dados quantitativo antecedeu o tratamento qualitativo. Podemos assim afirmar que, de acordo com Creswell (2007, 2012), assumimos uma Estratégia Transformativa Sequencial, uma vez que utilizámos o enfoque teórico como uma perspectiva ampla, já que a investigação apresenta dados quantitativos e qualitativos, assegurando uma estrutura de métodos para recolha de dados e para os resultados. Optámos por uma recolha de dados sequencial, onde, primeiro foram recolhidas as 5 sessões de cada participante e, posteriormente, foi efetuada a entrevista a cada um. Para o tratamento e análise de dados, iniciámos pela parte quantitativa, tendo estes resultados sido

importados para o programa NVIVO e sido tratados, concomitantemente, com a análise qualitativa para dois temas (2 e 3), tendo os restantes temas (1, 4 e 5) sido tratados, exclusivamente, de uma forma qualitativa.

Assim, se por um lado, os conhecimentos da realidade das sessões de psicoterapia através do acesso a dados quantitativos facilitam o acesso a grandes números oferecendo assim uma visão global da realidade em estudo, por outro, o acesso particular à realidade vivida pelos participantes nessas sessões, com uma compreensão mais próxima da realidade do seu trabalho, foi adquirido através da metodologia qualitativa. Entendemos, ainda, que a utilização de vários métodos e fontes (triangulação) é um meio de aumentar a complexidade, riqueza e rigor da compreensão do objeto de estudo (Denzin & Lincoln, 2000), contribuindo ainda para o aumento da sua validade, quer interna, quer externa.

Passaremos, em seguida, à descrição teórica de cada método de análise utilizado: o quantitativo, através de uma estudo descritivo e o qualitativo, através da GT, integrando assim uma perspetiva mista.

#### 2.2.1.1 Método quantitativo - Estudo descritivo

Um dos objetivos deste estudo foi avaliar de que forma os fenómenos da positividade, florescimento e capitalização com responsividade interferem no processo terapêutico. Para este processo de avaliação, realizamos, numa primeira fase, um estudo descritivo com o objetivo de, numa fase posterior, relacionar os seus resultados com as temáticas qualitativas, na sua perceção de eficácia, rapidez e satisfação com a melhoria dos sintomas e a evolução do processo terapêutico. Este tipo de pesquisa quantitativa baseia-se em dados, e a sua realização depende de três momentos que precisam de ser adequadamente definidos e relacionados com o que se pretende analisar ou responder (problema de pesquisa ou objetivo): o que recolher, como recolher e como analisar (Richardson, 1999). De acordo com o autor, em geral, a análise de dados inicia-se através de estudos descritivos, usando métodos numéricos e métodos gráficos para resumir o conjunto de dados, possibilitando transformar os dados em informação e o objetivo da aplicação deste método é apresentar as informações resumidas dos dados contidos na amostra estudada. Através deste método pretendemos explicar, prever e controlar os fenómenos, seguindo uma objetividade nos procedimentos e uma quantificação das medidas. Creswell (2012, 2013), vem afirmar que os dados quantitativos como números e indicadores podem ser analisados com a ajuda de um estudo descritivo, revelando informações úteis, rápidas e confiáveis relativamente de um grande número de observações. De notar, no entanto, que esta investigação se trata de um estudo piloto, através de uma utilização de uma amostra de conveniência, com um N=40 sessões, não tendo assim um grande número de observações, impedindo aferir qualquer tipo de fidelidade e validade interna, replicabilidade e possível generalização, ajudando apenas a definir um projeto futuro de desenvolvimento de um estudo experimental ou quase-experimental.

### 2.2.1.2 Método qualitativo - GT

Um dos objetivos deste estudo foi desenvolver uma grelha interpretativa rica de forma a compreender, na perspetiva dos terapeutas e dos clientes, os maiores contributos para o processo terapêutico, as causas atribuídas à sua perceção de eficácia, e explorar as perceções dos participantes relativamente ao *feedback* positivo/negativo/neutro e orientado para o sucesso/problemática/neutro. Como forma de o atingir, a abordagem de análise de conteúdo escolhida foi a GT, por ser uma forma geral de pensar e conceptualizar os dados, adaptável a vários fenómenos (Strauss & Corbin, 1994). Segundo Flick (2007) e Charmaz (2009) a GT privilegia os dados e o campo de estudo, e não as possíveis suposições teóricas prévias. De acordo com os autores, isto não significa que estas últimas não existam, mas sim que, no decorrer do processo, o investigador irá construindo constantemente as suas suposições. Esta teoria, originalmente proposta por Glaser e Strauss (1967), foi desenvolvida por vários autores com diferentes direções, todos eles próximos da formulação clássica, conhecida como a perspetiva Glasseriana da GT. Atualmente, as técnicas clássicas desta teoria são aplicadas de acordo com a epistemologia dos investigadores, os objetivos e contextos das investigações (Mörtl & Wieterman, 2008). Strauss e Corbin (1994) nomearam três elementos básicos que cada abordagem da GT deveria incluir. Esses elementos são: 1) Codificação teórica sensitiva, ou seja, gerar conceitos teóricos fortes a partir dos dados para explicar o fenómeno pesquisado; 2) Amostragem teórica, ou seja, decidir quem entrevistar ou o que observar a seguir, de acordo com o estado de geração de teoria, implicando assim que a análise de dados seja feita a partir da primeira entrevista, e registando as notas (memorandos) e as questões iniciais; e 3) A necessidade de comparação entre os fenómenos e os contextos, de forma a produzir uma teoria robusta (Charmaz, 2009). De acordo com Glaser e Strauss (1967), é um método que constituiu uma primeira formação ampla das regras analíticas qualitativas, exercendo uma significativa influência sobre várias metodologias qualitativas contemporâneas. Estes pioneiros da GT, pretendiam desenvolver um conjunto sistemático de procedimentos para analisar dados qualitativos. Em 1967, a sua primeira exposição do método, fornece um poderoso argumento que legitima a pesquisa qualitativa como uma abordagem metodológica credível. Estes autores defendiam que uma análise sistemática qualitativa tinha a sua própria lógica e poderia produzir teoria e assim, pretendiam levar a pesquisa qualitativa para além dos estudos descritivos, para o campo dos quadros teóricos de explanação e assim fornecer entendimentos abstratos e conceptuais dos fenómenos estudados.

Charmaz (2006) sintetiza este método de pesquisa da seguinte forma: a) o processo de pesquisa da GT é fluido, interativo, e em aberto; b) o problema de pesquisa informa as escolhas metodológicas iniciais para recolha de dados; c) os investigadores são parte daquilo que estudam, não sendo assim separados do objeto; d) as análises da teoria enraizada configuram o conteúdo conceptual e a direção do estudo; e) as análises emergentes podem levar a adotar múltiplos métodos de recolha de dados e a procurar inquirições noutros locais;

f) os sucessivos níveis de abstração, através de análises comparativas, constituem o fundamental das análises desta teoria; e g) as direções analíticas surgem a partir da forma como os investigadores interagem com os dados e interpretam as suas comparações e análises emergentes, em vez de surgir a partir de prescrições externas (Charmaz, 2006). Contrapondo-se aos métodos quantitativos positivistas, em que o objetivo seria a verificação e confirmação de hipóteses teóricas prévias, a GT tem sido sistematicamente usada na investigação qualitativa em psicoterapia (Ponterotto, 2005; Rennie, Phillips, & Quartaro, 1988) com o objetivo de gerar teoria a partir dos dados, uma vez que se adequa ao estudo das experiências subjetivas e a sua grelha de análise possibilita, através de um conjunto de técnicas individuais, desenvolver uma teoria através de um método sistemático de categorização indutiva (Henretty, Levitt, & Mathews, 2008; Rennie, 2004).

Tal como outras investigações em psicoterapia (e.g. Frankel & Levitt, 2009; Levitt, 2015, 2016; Levitt et al., 2006; Timulak, 2008) este estudo usou a versão hermenêutica do método que tem sido proposto por Rennie (Rennie et al., 1988; Rennie, 2004) dos originais sociólogos, Glaser e Strauss (1967). Através deste tipo de abordagem, o que prevalece é o significado subjetivo das ações e, assim, os relativistas aproximam-se de uma visão cética que defende que os fenómenos políticos são considerados complexos e contingentes. Desta forma, o investigador pode tentar reconstruir experiências dos atores, descrever, interpretar e atribuir significado subjetivo às ações, mas não existe a preocupação em desenvolver explicações sistemáticas para compreender fenómenos sociais e políticos. Assim, a conclusão a que chegam é que, procurar por explicações causais não é uma proposta aceitável e, desta forma, as ciências sociais devem-se ocupar com a interpretação das ações dos atores sociais, procurando revelar os seus significados subjetivos (Furlong & Marsh, 2010).

Deste modo, esta versão da GT é composta pelos fenómenos de abdução e indução, onde os investigadores iniciam-se em campo com ideias ou teorias provisórias sobre as semelhanças e aspetos comuns que resultam da sua imersão nos dados (abdução) e, em seguida, terão que desenvolver esforços no sentido de avaliar se essas ideias são as que melhor representam os aspetos comuns propostos (indução), analisando empiricamente os dados. Estas ideias ou “teorias” são continuamente reavaliadas e aperfeiçoadas à medida que outros aspetos são adicionados às categorias, e as categorias vão sendo organizadas em categorias de ordem hierárquica superior (Henretty et al., 2008). Este processo de análise integra ambos os processos, objetivo e subjetivo. Assim, o processo de codificação e o desenvolvimento da teoria não deve ser linear, mas sim em simultâneo, alternando entre codificação e desenvolvimento da teoria (Glaser, 1998; Yalof, 2014). A intenção é que, ao percorrer desta maneira os enredos dos discursos e do conjunto de orações e de vivências a que se referem, perseguindo os detalhes, diferenças, incoerências, ambiguidades, o pesquisador possa construir uma interpretação para ampliar o entendimento sobre a sociedade em que vivem os informantes e sobre como eles a vivem (Goldkuhl & Cronholm, 2018). No ato de interpretar, todo o sujeito é influenciável pelas suas tradições

socioculturais e portanto tendencioso e não isento de valores, e assim, para a visão hermenêutica não são considerados uma característica ou um atributo, do qual um interprete deva esforçar-se para se livrar, ou o qual ele deva empenhar-se para controlar, a fim de chegar a uma compreensão mais clara (Schwandt, 2006). Dessa forma, chegar a uma ‘verdadeira’ compreensão não implica controlar ou colocar de lado as nossas tradições, valores e quadros de leitura da realidade, até porque, de acordo com Gallagher (1992), a tradição é uma força viva que penetra toda a compreensão e, assim, “a tentativa de nos afastarmos do processo da tradição seria comparável a tentarmos nos afastar de nossa própria pele” (Schwandt, 2006: 199). A visão hermenêutica afasta-se da concepção interpretativista do significado, ao defender uma visão não-objetivista do significado, assente no pressuposto de que o significado é negociado mutuamente no ato da interpretação e, portanto, não é algo simplesmente descoberto, e rejeita a ideia da existência de qualquer realidade de livre pensamento e permanentemente fixa que pudesse ser compreendida sem a mediação da estrutura humana, pelo que a compreensão é um mergulho profundo na interpretação. Esta visão de análise da GT enfatiza o aspecto interpretativo da investigação, valorizando a possibilidade de outras leituras para os mesmos dados, onde a realidade existe mas não poderá ser separada de quem olha para ela, existindo assim vários olhares sobre a mesma realidade, dando assim importância ao aspecto da reflexividade do investigador de modo a promover a tomada de consciência sobre as suas interpretações (Charmaz, 2006). Este aspecto da reflexividade abrange todos os elementos da investigação, uma vez que o investigador terá que saber lidar com a subjetividade de todos os participantes, e com a sua própria. Desta forma, o método da GT pareceu-nos adequado às nossas necessidades, como forma de dar sentido aos processos e fenómenos que constituem a complexidade das experiências dos indivíduos, neste caso, das experiências dos clientes e dos terapeutas. Esta metodologia permite uma imersão e respeito pelos dados, bem como uma exploração dos mesmos de um modo sistemático, mas aberto, ou seja, desprendido de conhecimento teórico prévio, promovendo assim o conhecimento de novos significados e novas perspetivas (Charmaz, 2006; Rennie, 2012).

Passaremos em seguida, à descrição das especificidades do presente estudo: a nossa amostragem, os instrumentos de recolha de dados, o procedimento e as técnicas de análise de dados.

### 2.2.2 asParticipantes

A identificação dos participantes num estudo permite compreender a natureza dos dados recolhidos, bem como é determinante para a identificação do foco do estudo. Assim, a amostra que foi selecionada teve como base no tipo de estudo que pretendíamos desenhar e seus objetivos, sendo assim uma amostra com uma técnica de amostragem não probabilística, do tipo exploratória, com desenho e procedimento por conveniência, onde a seleção das unidades amostrais foi deixada a cargo do investigador principal.

---



O acesso foi facilitado uma vez que a investigadora exercia funções naquele hospital e serviço, mas igualmente, por confiar nas características profissionais e académicas das terapeutas (todas com formação em psicoterapia da Sociedade de Psicoterapias Breves) com experiência de vários anos e do trabalho variado no setor público e privado. Da mesma forma, a boa relação que existia entre a investigadora e as terapeutas e no que isso poderia influenciar positivamente a recolha dos dados e a transparência nas entrevistas, foi outro fator tido em consideração. Por outro lado, uma vez que é um hospital dedicado apenas a uma determinada população (militares e família), o facto de ser um ambiente já reconhecido pela mesma alvo de estudo (os clientes), foi igualmente ponderado por poder promover um maior sentimento de confiança, à vontade e transparência na recolha dos dados. Não podemos, no entanto, deixar de ressaltar que, o facto de ser um ambiente com o qual os clientes se encontram familiarizados, pode ter existido alguma reserva em abordar algumas questões. É composta por dois grupos distintos: terapeutas e clientes.

Uma vez que se trata de um tipo de estudo de natureza exploratória com tamanho reduzido, poderá ter fontes de enviesamento, não pode ser representativa de nenhuma população, não será adequada a fazer inferências nem generalizações, e tem uma componente subjetiva, uma vez que depende inteiramente do julgamento e criatividade do investigador. Foi assim decidido este tipo de amostragem, por se tratar de um estudo piloto, já que foi uma situação pioneira de avaliação em ambiente clínico, dos dois modelos da PP aqui estudados.

O procedimento de seleção e tratamento da amostra será explicado na secção seguinte.

#### Terapeutas

Teve como participantes 4 terapeutas que exercem funções como psicólogos clínicos no Serviço de Psiquiatria de um hospital em Lisboa e em privada.

Eram todos do sexo feminino, com uma idade média de ( $M=35,75$ ;  $DP=0,46$ ). Ao nível de formação académica, todos têm especialidade de Psicoterapia com formação pós-graduada na Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Breve (SPPB) e com uma experiência média na área ( $M=7,25$  anos;  $DP=1,90$ ). Ao nível de ocupação laboral, todos trabalham num hospital público e em consultório privado, e referem como as patologias mais comuns na sua prática clínica: 1 – Síndrome Depressivo; 2 – Síndrome Ansioso; 3 – Perturbações da Personalidade.

#### Clientes

Participaram 8 clientes com uma idade média de ( $M=36,75$ ;  $DP = 10,27$ ), do género feminino, dois solteiros e seis casados. Cinco concluíram o ensino básico e três têm, pelo menos, uma formação superior. Relativamente a informação clínica, três referiram nunca ter tido qualquer orientação psicoterapêutica ou psicológica, e os cinco que referiram já ter sido acompanhados em psicoterapia reportaram um número médio

de terapeutas ( $M=1,375$ ;  $DP=1,50$ ) com uma duração de acompanhamento ( $M=37,2$  meses;  $DP=33,51$ ) e três referiram que não era a primeira vez que faziam terapia com o terapeuta da investigação. Sobre as razões que os levaram a solicitar apoio clínico, dois referiram depressão, dois ansiedade e um desenvolvimento pessoal. Três referiram não saber responder a esta questão. Relativamente à duração total do processo terapêutico, quanto ao número de sessões podemos observar uma média de 8 sessões por díade ( $M=8,875$ ;  $DP=2,47$ ).

Passaremos em seguida, à descrição dos instrumentos de recolha de dados, nomeadamente, a gravação e transcrição das 40 sessões e tipo de método utilizado, terminando com a descrição da entrevista utilizada após a 5 sessão.

### 2.2.3 Instrumentos de recolha de dados

Os principais instrumentos de recolha de dados desta investigação foram dois: a gravação áudio das primeiras 5 sessões de cada díade (num total de 40 para todas as díades, de A a H), e a entrevista aos clientes e terapeutas imediatamente após a quinta sessão de psicoterapia. As sessões foram classificadas de acordo com os dois modelos de estudo desta investigação, Gable e colaboradores (2006) e de Fredrickson e Losada (2005), bem como o tipo de resposta, afirmação ou pergunta do terapeuta orientada para sucesso/problema/neutra, tendo como objetivos quantificar as frequências usadas por sessão, obtendo assim uma análise longitudinal das 5 sessões. A entrevista foi semiestruturada e engloba uma componente baseada no modelo IA (Cooperrider, 1990, 2004, 2018; Cooperrider & Whitney, 2000, 2005; Cooperrider et al., 2003; Cooperrider & Srivastva, 1987) da PP onde são avaliadas perguntas do tipo apreciativas acerca do processo terapêutico, bem como engloba questões associadas ao dois modelos, Gable e colaboradores (2006) e de Fredrickson e Losada (2005), tendo como objetivos dar voz aos participantes e com base na sua experiência, compreender de forma mais aprofundada as suas perspetivas relativamente aos aspetos que integram os modelos analisados, bem como os aspetos que integram o IA. Igualmente, considerámos que a pessoa da investigadora enquanto entrevistadora e produtora de significados, pode ser considerada como um instrumento de investigação. As 40 sessões e as 16 entrevistas foram gravadas em áudio, e posteriormente transcritas. De modo a limitar o efeito do entrevistador, todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pessoa – a investigadora (Tuckman, 2000). Brandão (2015) enfatiza que a transcrição é uma tarefa importante de investigação, não devendo, por isso, ser encarada como um mero detalhe técnico situado entre a realização da entrevista e a análise dos dados. A transcrição tem apresentado melhores resultados que o relato de memória do terapeuta, uma vez que apresenta um número maior dos conteúdos (Silva et al., 2014). Para alguns autores (Bucholtz, 2000; Oliver, Serovich, & Mason, 2005) a transcrição de entrevistas representa-se em dois formatos: transcrição *verbatim* (Bucholtz, 2000) ou integral (Schegloff, 1997) versus transcrição seletiva, que correspondem a diferentes perspetivas sobre a representação

da linguagem. A primeira corresponde à transcrição minuciosa do que é dito e exatamente como é dito, e preconiza a preservação dos diferentes elementos da entrevista para além do conteúdo verbal, tais como a linguagem não-verbal, aspetos contextuais e de interação entre o entrevistador e o entrevistado. A segunda privilegia o discurso verbal e centra-se na omissão dos elementos idiossincráticos do discurso, tais como pausas, vocalizações involuntárias e linguagem não-verbal, apresentando-se, por isso, como uma transcrição mais polida e seletiva. Assim, a transcrição das sessões e das entrevistas da presente investigação foi *verbatim* ou integral daquilo que foi dito em cada sessão. Embora tenham sido transcritas pausas e alguns comportamentos não-verbais (como por exemplo, risos e indecisões na resposta) estas não fizeram parte da análise.

Os entrevistados foram informados dos objetivos da investigação e assentiram em que as sessões e a entrevista fossem gravadas, de acordo com o proposto por Ghiglione e Matalon (1993, 1997). Como forma de manter a proteção de dados, foram atribuídos códigos a cada sessão terapêutica e entrevista, e foi omitida toda a informação que pudesse pôr em causa o seu anonimato. De acordo com o sugerido por Bogdan e Bilken (1994) as transcrições incluíram elementos de identificação das sessões e da entrevista, nomeadamente a data e o nome do entrevistado que foi, posteriormente, substituído por um código.

#### 2.2.3.1 Gravação das sessões

Como forma de recolha de dados podemos afirmar que a observação é encarada como um conjunto de utensílios de recolha de dados e um processo de tomadas de decisão (Evertson & Green, 1986). Estes autores identificam quatro tipos principais de registo e de gravação dos dados na fase da observação: os sistemas categoriais, descritivos, narrativos e tecnológicos. Os sistemas categoriais são considerados fechados, uma vez que as unidades de observação são sempre pré-definidas. Refletem as atitudes filosóficas, teóricas, empiricamente deduzidas ou formadas a partir da experiência pessoal do investigador. Num sistema fechado, o observador está limitado unicamente ao registo dos itens que surgem na lista das variáveis previamente definidos, enquanto que num sistema aberto ele apreende aspetos mais alargados do contexto. Os sistemas descritivos tendem a basear-se numa análise retrospectiva de acontecimentos já registados e encontram-se intimamente ligados aos registos de tipo tecnológico. Os sistemas narrativos, baseiam-se na elaboração de um registo escrito dos dados numa linguagem corrente do quotidiano. Este registo pode fazer-se no momento da observação de um acontecimento ou de um desenrolar de um conjunto de acontecimentos que decorreram num período de tempo. Finalmente, os sistemas tecnológicos de registo de dados são os mais abertos e normalmente surgem em complementaridade com os outros tipos de sistemas. Este sistema pode ser utilizado *in situ*, ao mesmo tempo dos outros sistemas, ou pode ser um registo ao qual os outros sistemas se venham a aplicar. A principal vantagem de um sistema tecnológico é a de garantir a conservação intacta da informação.

De acordo com o grau de participação do investigador, a observação pode ser: participante e não participante. Na primeira, é o próprio investigador o instrumento principal de observação, na segunda o investigador não interage de forma alguma com o objeto de estudo no momento em que realiza a observação, sendo assim uma observação indireta. Este tipo de técnica, reduz substancialmente a interferência do observador no observado e permite o uso de instrumentos de registo sem influenciar o objeto do estudo (Spradley, 1980).

No que diz respeito ao estudo de processos em psicoterapia, Bucci (2007) refere que a descrição dos casos através dos terapeutas tem sido a base de dados para pesquisas neste contexto. São vários os autores que defendem o uso do gravador por ser mais um recurso que o terapeuta tem para registar o trabalho e ter a oportunidade de estudá-lo (Etchegoyen, 1989; Yoshida, 1998), por ser uma forma de ampliar os conhecimentos em psicoterapia (Domingues & Serralta, 2005; Peuker et al., 2009; Yoshida, 1998; Urwin, 2006), mas também por permitir avaliadores independentes, inclusive, a longo prazo, e uma investigação longitudinal em profundidade do processo terapêutico, ajudando na própria (auto)monitorização dos terapeutas como forma de melhorarem o seu desempenho (Domingues & Serralta, 2005).

Mas, e não poderá isto influenciar negativamente no desempenho do terapeuta e do cliente? Vachon e colaboradores (1995) afirmaram que a gravação de sessões foi indicada como a segunda causa negativa mais recorrente para a participação em estudos do processo de psicoterapia, onde os terapeutas revelam ansiedade por temerem uma exposição do cliente e uma interferência no próprio processo ou até na AT. De acordo com os autores, a outra principal razão seria a exposição do terapeuta face aos seus colegas de profissão. Mas este ponto, de acordo com os mesmos, seria um dos principais benefícios da gravação, pois propiciaria a criação de experiências de aprendizagem, promovendo situações em que o terapeuta se possa deparar com a sua intervenção ao longo da sessão.

Tendo em linha de conta que, nesta investigação, o objetivo foi recolher a informação verbal e real das sessões no sentido de ser possível, posteriormente, classificar em função dos modelos da PP, optou-se por respeitar o *setting* natural das mesmas, evitando qualquer tipo de interferência externa, ou seja, sem qualquer observação externa, para além daquilo que é habitual em terapia: o cliente e o terapeuta. Neste sentido, optámos por uma observação não participante, através de meios tecnológicos, nomeadamente, a gravação áudio das sessões como forma de recolha de dados objetiva e respeitadora do ambiente em si. À medida que as sessões iam sendo gravadas, eram encaminhadas para a sua transcrição, tendo sido, posteriormente, analisadas quantitativamente.

#### 2.2.3.2 Entrevista

A utilização da entrevista é especialmente adequada para analisar os sentidos que os atores dão às suas práticas e as leituras que fazem das suas próprias experiências, bem como para a reconstituição de

---

---

acontecimentos do passado. As principais vantagens deste método prendem-se com a profundidade dos elementos de análise recolhidos, a sua flexibilidade e pouca diretividade, permitindo assim respeitar a linguagem e as categorias mentais de cada participante, sendo um processo bidirecional de interação (Quivi & Campenhoudt, 1995). Numa entrevista qualitativa, o entrevistador guia o participante numa discussão abrangente, promovendo uma exploração profunda e detalhada acerca dos tópicos da entrevista e dando seguimento às respostas dadas. Deste modo, cada entrevista é única, na medida em que as perguntas se adequam àquilo que cada participante partilha com o entrevistador (Rubin & Rubin, 2005).

Os métodos de entrevista permitem a utilização da interação e da comunicação humana, possibilitando ao investigador obter dados ricos. O investigador, em contacto direto com o entrevistado pode, através das questões abertas e reações, facilitar a sua expressão e evitar que este se afaste do tema desejado. Numa entrevista semidirecta ou semiestruturada, o investigador dispõe de um guião de perguntas que pode, caso necessite, reformular ou alternar, de maneira a permitir um decurso mais natural do discurso do entrevistado. Assim, este é levado a refletir sobre o assunto analisado, pelo que a comunicação que resulta da entrevista é um processo de elaboração de um pensamento e não apenas um dado (Quivy & Campenhoudt, 2005). As vantagens da entrevista, face ao questionário, residem nas vastas possibilidades que oferece de personalizar as questões a cada sujeito, de questionar e aprofundar temas sugeridos pelo entrevistado, possui ainda uma boa proporção de resposta e não exige uma boa expressão escrita, podendo assim ser aplicada a indivíduos de estatuto sociocultural mais variado. Por outro lado, o número limitado de sujeitos a que pode ser aplicada pode ser uma limitação, bem como a introdução de maior margem de erro pela menor padronização que possui (o entrevistador, o instrumento, a codificação e a amostra são fatores de erro) em comparação com o questionário, e a limitada fiabilidade (Tuckman, 2000). A entrevista permite obter respostas mais próximas da linguagem do sujeito, com menor redução dos dados, que nos aproximem mais da compreensão da realidade dos sujeitos em avaliação.

De acordo com Creswell (2013), quando se pretende conhecer, em profundidade, o “como” e o “porquê” de um determinado fenómeno, está-se a enquadrar a investigação no domínio das abordagens qualitativas que se centram no estudo dos significados atribuídos pelos indivíduos a determinadas experiências de vida, trabalhando assim, com um tipo de conhecimento que não pode, muitas vezes, ser quantificado, ou que se torna insuficiente quando reduzido a operacionalizações de variáveis. A investigação qualitativa afirma-se no campo da descrição e compreensão, completa e profunda, dos significados e processos subjetivos atribuídos às experiências e práticas quotidianas, numa lógica da descoberta, tendo como foco as perspetivas dos atores/sujeitos, atendendo aos seus contextos de vida, isto é, estudando e interpretando os fenómenos no seu meio natural (Creswell, 2013; Silverman, 2013). Assim, as entrevistas foram, inicialmente, gravadas em formato

---

áudio e posteriormente transcritas pela investigadora, assegurando uma proximidade com os conteúdos e preparando-a para a fase de análise.

Esta entrevista contempla treze questões no seu todo, onde quatro (9, 10, 11 e 12) foram elaboradas sob um formato do tipo apreciativo, Inquérito Apreciativo (IA) (Cooperrider, 1990, 2004, 2018; Cooperrider & Whitney, 2000, 2005; Cooperrider et al., 2003; Cooperrider & Srivastva, 1987), e tem como pressuposto que se atua sobre algo, ao *Inquirir* – um ato de exploração e descoberta – e se facilita a mudança positiva, ao *Apreciar*, reconhecendo e valorizando o melhor do que é vivido e experimentado. O autor apela a que prestemos especial atenção ao melhor do nosso passado e presente, como forma de promover um imaginário coletivo do que “poderia ser”, permitindo que tenhamos consciência do valor, força e potencial que há em nós e nos outros. O processo inerente ao IA, baseia-se fundamentalmente, em saber onde é que os sujeitos pretendem estar, tendo em conta os momentos altos que já tiveram, uma vez que podemos sempre melhorar, e dessa forma será fundamental verificar o que já está a funcionar. Tal abordagem dá-nos então a consciência do que temos feito e conseguido, e, como consequência é adquirida uma autoconfiança, permitindo-nos ter mais momentos de sucesso. Assim, o IA adota uma abordagem que apela à memória dos nossos sucessos, daquilo que funciona bem, no nosso modo de trabalhar, sendo um novo paradigma que surgiu no âmbito das organizações, como estratégia para a mudança organizacional positiva, envolvendo de forma central a arte e a prática de colocar questões que fortaleçam a capacidade do sistema em apreender, antecipar e otimizar o seu potencial positivo, em alternativa à metodologia até então usada, focada na resolução de problemas. Esta metodologia, utiliza um conjunto de práticas de mudanças apoiadas numa ideia de que todos os grupos têm um núcleo positivo que, ao ser tornado explícito, libertará energia positiva e trará melhorias na *performance* do sistema. A forma de recolha destes elementos, faz-se levando a que as pessoas partilhem em entrevista histórias sobre os seus melhores momentos ou momentos altos no desempenho das suas funções e, em diálogo, refiram os seus desejos para o futuro. Esse futuro visiona-se e planeia-se, assim, em colaboração, e a partir da história, da tradição, dos factos, das experiências mais extraordinárias, positivas e bem sucedidas que se identificam do passado (Cooperrider, 1990, 2004, 2018; Cooperrider & Whitney, 2000, 2005; Cooperrider et al., 2003; Cooperrider & Srivastva, 1987; Marujo, Neto, Caetano, & Rivero, 2007).

Assim, uma abordagem de avaliação apreciativa é definida como um processo que visa enfatizar o que de melhor existe naquele grupo, podendo entender este “grupo” como o contexto envolvente e os seus participantes, direcionando-nos para os aspetos positivos e descobrindo os melhores momentos e situações de desempenho. Procura ainda, especificar os tópicos mais relevantes de funcionamento, e amplificar e generalizar os momentos mais relevantes (McNamee, 2003). Olhando para os pontos chave deste tipo de avaliação, podemos dizer que a mesma resulta numa co-construção do futuro pelos participantes, baseada em experiências

---

positivas passadas, promovendo assim, a aprendizagem com os sucessos e a concretização de ações e mudanças a partir dos mesmos (Coghlan, Preskill, & Catsambas, 2003). É um processo que conduz a um envolvimento e implicação das pessoas no processo de avaliação, o que potencia mudanças mais sustentadas e aceites na medida em que foram co construídas pelos intervenientes, tendo um carácter transformacional (Donavan, Meyer, & Fitzgerald, 2007).

Das treze questões, esta entrevista integra 8 áreas principais:

1. Satisfação com o processo terapêutico de uma maneira geral, tendo em consideração a melhoria dos sintomas e o fator temporal das 5 sessões, com o objetivo de avaliar o grau de satisfação.
2. Comunicação centrada nos Sucessos e Problemática, onde o objetivo será o de avaliar a importância do *feedback* orientado para a partilha de sucessos (Respostas Ativas Construtivas), bem como avaliar a importância do *feedback* na partilha das problemáticas.
3. Impacto frase Positiva/Negativa/Neutra, com o objetivo de avaliar mudanças emocionais e comportamentais através da perceção do impacto do *feedback* positivo - AF+/ Negativos e Neutro.
4. Avaliação Sucesso e Confiança / Foco nos Problemas e Sucessos, será uma avaliação mais quantitativa, medida através de uma escala tipo Likert, que varia de 1 a 10 (1- Sem confiança/sucesso; 10 - Total confiança/sucesso) de forma a podermos avaliar a perceção de eficácia da terapia e a forma como esta se relaciona com outras dimensões.
5. Causas que levaram ao sucesso e confiança na terapia, onde o objetivo é o de avaliar e descrever as causas relatadas por cada um como as grandes preditoras do sucesso e confiança.
6. O melhor de cada um, onde o objetivo será perceber os maiores contributos associados ao processo terapêutico, numa perspetiva pessoal e numa visão externa, sendo questões do tipo apreciativas.
7. Identificação do momento alto e nomeação de três desejos, de forma a podermos avaliar até que ponto existiu sintonia/harmonia entre os interlocutores ao longo do processo, relativamente aos melhores momentos do processo terapêutico, suas expectativas e objetivos terapêuticos, sendo questões do tipo apreciativas
8. Avaliar se terapeutas e clientes consideram que este tipo de abordagem é útil e eficaz, e sua justificação.

Em seguida, passaremos à descrição de todo o procedimento utilizado para recolha e análise de dados.

#### 2.2.4      Procedimento

Antes de iniciar o contacto com as autoridades respetivas, a investigadora abordou seis terapeutas do serviço de psiquiatria bem como a sua direção, no sentido de saber se estariam interessados em participar nesta investigação. Após a sua concordância, foram elaboradas as etapas de autorização com respetivas comitativas e

direções do hospital. Primeiramente, foi solicitado o Consentimento Informado à Comissão de Ética do Hospital (vide Apêndice A), e após a sua aprovação (seis meses), foi entregue o Consentimento Informado à Direção Clínica do Serviço de Psiquiatria (vide Apêndice B), tendo sido aprovado para avançar com o estudo. Este processo demorou, no total, cerca de oito meses. Damos então início à primeira fase do processo.

#### 1 Fase: Contacto com terapeutas e clientes, gravação de sessões e entrevistas

Contactámos individual e diretamente quatro psicoterapeutas deste serviço, tendo os mesmo sido escolhidos pela investigadora por apresentarem uma relação de proximidade pessoal e profissional com a mesma, de cerca de cinco anos (amostra por conveniência). Foi-lhes explicado o propósito e objetivos do estudo, o âmbito da sua participação e a confidencialidade da mesma (vide Apêndice C), os critérios de inclusão dos clientes (adultos) e respetivo consentimento informado que seria solicitado aos seus clientes, e ainda a informação de que não receberiam nenhum *feedback* da investigadora sobre a informação fornecida pelos mesmos, sendo esta confidencial, mas que receberiam informação sobre o estudo, em caso de participação. Após concordância e aceitação em participar, foram assinados os respetivos Consentimentos Informados, tendo ficado acordado com os mesmos que, à medida que fossem marcadas as primeiras sessões de dois novos clientes que preenchessem os requisitos (apenas adultos), avisariam a investigadora, de forma a estar preparada para receber o cliente. Assim, no dia da primeira consulta de cada cliente, os mesmo foram encaminhados para a investigadora imediatamente antes de iniciarem o processo terapêutico, tendo sido explicado todo o processo que envolveria este estudo: a gravação das 5 primeiras sessões, a entrevista individual após a quinta sessão, os objetivos deste estudo e a respetiva confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade em desistirem em qualquer fase do processo. Foram entrevistados oito clientes ao todo, dois por terapeuta, num espaço de cerca de dois meses e aqueles que concordaram em participar, foi-lhes entregue o respetivo Consentimento Informado (vide Apêndice C) para que fosse lido e assinado. Foi igualmente entregue aos terapeutas uma folha com a operacionalização e controlo das sessões de forma a implementar uma metodologia, assegurando que o procedimento fosse igual para todos, e que não iria falhar nenhum componente da metodologia (vide Apêndice D).

Depois da metodologia assegurada, deu-se início à gravação áudio das sessões, com uma monitorização por parte da investigadora, dos dias das marcações, de forma a poder estar disponível para o dia que correspondesse à 5ª sessão, podendo assim encaminhar o terapeuta e o cliente para as respetivas entrevistas, individualmente. Neste dia, foram recolhidos os dados sociodemográficos (vide Apêndice E e Apêndice F) e aplicadas as entrevistas semiestruturadas (vide Apêndice G e Apêndice H). Esta primeira fase demorou um total de cerca de 6 meses. Após a 5ª sessão, todos estes processos terapêuticos continuaram a ser devidamente



monitorizados por um período máximo de 4 meses, sendo a investigadora avisada quando terminassem ou houvesse alguma desistência (vide Apêndice D).

## 2 Fase: Transcrição de sessões e entrevistas

A segunda fase diz respeito à transcrição das 40 horas de sessões de terapia gravadas [(4 terapeutas x 2 clientes) x 5 sessões] e das 16 entrevistas (com uma média de cerca de 15 minutos cada) que ocorreram após a 5ª sessão, com o respetivo terapeuta e cliente [(4 terapeutas x 2 clientes) x 2]. Esta fase decorreu em paralelo com a 1ª fase, ou seja, à medida que se recolhiam as gravações, estas eram imediatamente encaminhadas para a sua transcrição tendo esta sido elaborada pela investigadora e por uma conhecida da sua confiança, uma aluna de mestrado em Direito e Prática Jurídica, da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, que aceitou elaborar este trabalho de uma forma remunerada. A distribuição das transcrições foi aleatória tendo a investigadora assegurado todas as entrevistas e metade das gravações, ficando a aluna de mestrado com o remanescente. Esta fase demorou, ao todo, cerca de 8 meses.

## 3 Fase: Classificação das sessões

Tal como na fase anterior, esta análise teve início à medida que as transcrições iam ficando concluídas. Foram classificadas as 40 sessões nos dois modelos de estudo da investigação, modelo de Gable e colaboradores (2006) e de Fredrickson e Losada (2005), bem como o tipo de orientação do terapeuta, se focada dos sucessos, problemáticas ou neutra. Fizeram parte desta classificação 7 pessoas: a investigadora e a aluna que colaborou na fase anterior, e mais 5 participantes colegas da investigadora de uma formação pós-graduada - *Executive Master Applied on Positive Psychology* – no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Foi acordado previamente com o coordenador deste *Executive Master*, a participação desta investigação no plano curricular do mesmo, tendo ficado anexo à cadeira de *Research and Evaluation Processes in PP*, como trabalho semestral na componente prática. Assim, os participantes escolheram voluntariamente participar neste projeto e associaram-se num grupo de 5 pessoas, tendo as 40 sessões sido distribuídas aleatoriamente, dentro deste grupo, e entre a investigadora e a colaboradora remunerada. Antes de iniciarem o processo de classificação, foram formados pela investigadora na explicação dos modelos teóricos que teriam que classificar, bem como o tipo de orientação (focado no problema, sucesso ou neutro). Esta classificação identificou todas as respostas, perguntas ou afirmações do terapeuta no tipo de respostas ativas/passivas e construtivas/destrutivas, no rácio positivo-negativo na referida comunicação (número de intervenções positivas versus negativas do terapeuta) e no respetivo foco nos problemas ou sucessos (Vide Anexo 25 e Anexo 26). Esta fase durou cerca de 6 meses.

#### 4 Fase: Classificação das entrevistas

Esta última fase ocorreu após a classificação das 40 sessões ficar completa, uma vez que os resultados longitudinais tiveram que ser importados para o programa NVIVO, de forma a se poder verificar algumas das questões desta investigação. A partir daqui, foram criadas as categorias e subcategorias, decorrentes do processo de análise das entrevistas, e foram executadas as matrizes de análise tendo em conta as questões colocadas, tudo agregado ao respetivo tema, tendo sido criado um último, o quinto, como uma exploração dos resultados dos temas anteriores. À medida que as diádes iam sendo classificadas e agrupadas nas respetivas categorias, foram construídos os respetivos mapas conceptuais (vide Anexos 2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 26, 27, 30, 31) (*Bottom-Up*), as respetivas descrições das sessões (*Top-Down*) (vide Anexos 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32), criados os memorandos, tudo como ferramentas de suporte para a elaboração desta análise qualitativa. Esta fase demorou cerca de 8 meses.

Passaremos em seguida, à descrição da análise de dados, que incluiu uma análise quantitativa e qualitativa.

#### 2.2.5      Análise de dados

Os dados recolhidos através da gravação de sessões foram analisados em paralelo com a sua recolha. Já a análise das entrevistas ocorreu após o tratamento de dados das sessões, uma vez que esta implicou a inclusão dos dados quantitativos de forma a poder executar a respetiva análise e responder a todos os objetivos. Passando ao procedimento de análise de dados, podemos assim dividi-lo em duas etapas: análise das sessões e análise das entrevistas.

##### 2.2.5.1      Análise das sessões

#### Análise das sessões

Na primeira etapa, as 40 sessões de psicoterapia gravadas foram transcritas para uma folha Excel e todas as perguntas, respostas ou afirmações do terapeuta foram classificadas de acordo com os respetivos modelos da PP, Gable e colaboradores (2006) e de Fredrickson e Losada (2005), e tipo de orientação: problemática, sucesso ou neutra (vide ANEXO 33). Todos os itens são compostos por medidas ordinais de razão, e o objetivo foi calcular a sua frequência e respetivas percentagens por sessão e, finalmente, as respetivas médias por diáde, de forma a poderem ser importadas para o programa NVIVO e analisadas, juntamente, com os resultados da GT. Foram analisados os seguintes itens:

- a) Atos de Fala Positivos (AF+), sempre que for um ato de demonstração de apoio, incentivo, encorajamento ou apreciação, e Atos de Fala Negativos (AF-), sempre que for um ato de demonstração de desaprovação, sarcasmo, ceticismo ou cinismo, ambos do modelo Fredrickson & Losada (2005),

com o objetivo de calcular as suas frequências por sessão e avaliar, posteriormente, o fenómeno da positividade e do florescimento. De notar que a categoria AF+ engloba as classificações das RAC e RPC, uma vez que também são consideradas demonstrações de apoio, contemplando igualmente, demonstrações de apoio que não são consideradas nem RAC, nem RPC, não sendo assim mutualmente exclusivas.

- b) Respostas Passivas Destrutivas (RPD), são respostas que ignoram totalmente o que foi informado; Respostas Passivas Construtivas (RPC), são respostas que apresentam alguma empatia, mas pouca, e de forma distante; Respostas Ativas Destrutivas (RAD), são respostas que se dedicam a destruir aquilo que foi dito, de forma direta e negativa; e Respostas Ativas Construtivas (RAC), são respostas que demonstram total apoio e interesse naquilo que foi partilhado. Estes tipos de respostas fazem parte do modelo de Gable e colaboradores (2006), com o objetivo de calcular as frequências de RPD, RPC, RAD e RAC utilizadas por sessão e avaliar, posteriormente, o fenómeno da capitalização com responsividade.
- c) O tipo de orientação do terapeuta: respostas, perguntas ou afirmações orientadas para a problemática do cliente (P), para o sucesso do mesmo (S) ou neutra (N). Teve como objetivo quantificar o tipo de orientação, uma vez que os dois modelos utilizados se fundamentam na positividade e na capitalização, ou seja, enfatizam mais os sucessos do cliente que as problemáticas.

Vamos agora passar a descrever como se processou a análise de dados quantitativos. Com o intuito de fazer a análise descritiva de cada díade, foi criado um ficheiro Excel para cada uma (A a H), tendo sido identificado com o código correspondente à díade que foi atribuído a cada terapeuta e cliente, antes de iniciar todo o processo (por exemplo, TD1, significa terapeuta D e cliente 1) (vide Apêndice D). Cada ficheiro Excel contemplou todas as sessões (da 1ª à 5ª, uma por célula), tendo sido adicionada uma célula de Análise Longitudinal, que contemplou os resultados das sessões, de modo a construir os respetivos gráficos e tabelas descritivas dessa realidade, podendo assim interpretar os respetivos resultados.

Por sessão, foi calculada a frequência de cada item (AF+, AF-, RPD, RPC, RAD, RAC, P, S, N) em função do número de perguntas/respostas/afirmações do terapeuta (vide exemplo Anexo 25). Posteriormente, foram calculadas as percentagens de uso de cada item, em função do número de respostas do terapeuta (por exemplo: na primeira sessão, AF+ tiveram uma classificação final de 106. O terapeuta deu 115 respostas. A percentagem calculada foi assim de 92%). No final da classificação de todas as sessões (no máximo 5 por processo terapêutico), as percentagens calculadas de cada item foram copiadas para uma célula à parte de forma a podermos observar os totais por sessão em formato longitudinal (por exemplo, a díade G teve uma média de AF+ distribuídos da seguinte forma: 1ª sessão - 92%; 2ª sessão - 54%; 3ª sessão - 54%; 4ª sessão - 88%; 5ª

sessão - 43%), podendo, finalmente calcular o valor médio das percentagens por sessão [neste caso  $(92\%+54\%+54\%+88\%+43\%)/5=66$ ] e desenhar as respetivas tabelas e gráficos auxiliares (vide exemplo Anexo 34). Posteriormente, estes resultados foram importados para o programa NVIVO de forma a podermos executar as respetivas matrizes em função das nossas questões.

#### 2.2.5.2 Análise das entrevistas

Na segunda etapa houve uma total imersão da investigadora nos dados, através da audição das gravações, da leitura e transcrição das entrevistas, bem como da leitura dos *feedbacks* e dos resumos e notas de campo. É importante referir que foram anotadas notas, pela investigadora principal, ao longo de cada entrevista individual, com os respetivos clientes e terapeutas. Após cada entrevista, foram igualmente feitos resumos com os aspetos que nos pareceram relevantes, uma vez que a GT tende a esbater ou a perder a informação do caso específico e da sua estrutura interna (Miles & Huberman, 1994). A transcrição das entrevistas foi feita *in verbatim* pela investigadora, e os resumos e as notas de campo da entrevista mantiveram a investigadora perto das vozes dos participantes e permitiram uma reflexão crítica sobre a adequação da estrutura da análise. Posteriormente, as transcrições das entrevistas foram analisadas de acordo com os princípios da GT (Charmaz, 2006; Dourdouma & Mörtl, 2012; Glaser, 1998; Glaser & Strauss, 1967) tentando captar a riqueza das experiências e das vozes dos clientes dos terapeutas. Toda a análise foi conduzida numa mistura de procedimentos manuais e de recurso à aplicação informática do programa NVivo (Versão 10.2.1 para o sistema operativo da Apple OSX). A unidade de codificação dos textos foi feita através da “Unidade de significado”, ou seja, foram usadas passagens de tamanhos variáveis, mas que continham uma ideia ou significado (Rennie, 2006). Ao significado das unidades foi atribuído um código (nome) que refletia o seu significado, centrado nas atividades ou processos ou, mais raramente, na sua codificação direta (*in vivo coding*). Para além da categorização, usámos vários dos instrumentos propostos pela versão construtivista da GT para a análise de dados (Charmaz, 2006). E ainda, como forma de monitorizar e tornar mais evidente o processo realizado, fomos anotando as nossas ideias e raciocínio sobre os dados, categorias e processos, quer sob a forma de memorandos no NVivo, quer sob a forma de anotações num diário reflexivo. Em anexo, fomos criando resumos que ilustrassem as categorias principais das respetivas diádes e esquemas ou mapas conceituais para explicitar o nosso pensamento sobre as categorias e sobre as relações das categorias entre si, incluindo os valores importados das 40 sessões. Durante a análise dos dados procurámos tornar conscientes as nossas expectativas e procurámos ativamente exemplos que as pudessem desconfirmar. Fomos registando no diário de investigação os aspetos dos dados que para nós foram surpreendentes, tentando-nos manter, tanto quando possível, fiéis aos significados das vozes dos participantes. Em suma, seguindo a tradição hermenêutica, fomos construindo categorias de

abstração crescente, cada vez mais inclusivas, até termos atingido os temas centrais (*core codes*) que agrupam e expressam os princípios fundamentais dos fenómenos que decidimos explorar: as principais características do processo terapêutico, o impacto do *feedback* positivo, negativo e neutro e das respostas orientadas para o sucesso e para a problemática.

Os dados das entrevistas foram analisados pelo investigador principal e a saturação das respetivas categorias foi sendo descoberta e alcançada até que nenhum outro tema fosse escolhido para cada uma das categorias principais. No que concerne aos propósitos de análise de dados, tendo em consideração pontos de vista pós-positivistas e interpretativistas, a principal estratégia metodológica foi a teoria construtivista fundamentada (Charmaz, 2006), uma abordagem que difere da teoria clássica (Glaser, 1998; Glaser & Strauss, 1967) em, pelo menos, dois aspetos principais: primeiro, em relação ao conhecimento prévio, o investigador tem o direito de iniciar o estudo com uma questão específica ou um histórico teórico, bem como antes da compilação de dados, poderá ser feita uma revisão da literatura. Em oposição à perspetiva clássica, essa visão não partilha a perspetiva de que conceitos pré-existentz poderiam ser deixados de fora das análises; segundo, como é bem conhecido na teoria construtiva fundamentada, a linha do pesquisador, conhecida como reflexibilidade, é reconhecida. Esta metodologia visa criar novas informações a partir dos dados em vez de testar hipóteses derivadas da teoria (Gibbs, 2007), por um processo indutivo, e mantém o uso de sensibilidade teórica, amostragem teórica e os métodos comparativos constantes de codificação (McCann & Clak, 2003).

Com base numa metodologia *bottom-up*, os conceitos emergiram da análise da entrevista com uma abordagem abductiva, e fazendo uso do programa QRS NVIVO11. Iniciámos com a análise da codificação descritiva para a codificação de tópico preliminar, condensando e unificando informações numa palavra ou numa frase curta que simbolicamente atribui uma soma ou a captação de essência da narrativa dos interlocutores. A partir daqui códigos específicos surgiram e foram organizados em temas principais, como p.e. “Os maiores contributos do processo terapêutico” e “Desejos convergentes” para o primeiro tema, “Respostas Ativas Construtivas” e “Impacto dos Atos de Fala Positivos” para o segundo, “Foco Orientado para a Problemática”, “Impacto dos Atos de Fala Negativos” para o terceiro tema, e finalmente, para o quarto e último “Eficácia da psicoterapia” e “Causas para o sucesso” (vide Anexo 36).

Mais tarde, através dos processos típicos da GT, comparação constante (um método usado para saturar a saturação teórica que continuou até que o processo produziu a inter-cambiabilidade de indicadores, significando que nenhuma nova propriedade ou dimensão emergiu da codificação e comparação contínuas) e escrita de memorandos (notas sobre os dados e as conexões conceituais entre as categorias, sendo um processo paralelo ao processo de codificação e análise para capturar as ideias emergentes do investigador, de códigos e categorias substantivas e teóricas) até diferentes níveis de codificação analítica, tanto aberta como axial,

realizámos os dados relevantes para identificar, comparar e desenvolver categorias principais, resultando em várias camadas de codificação analítica, o que é representativo do desenvolvimento e profundidade da análise (Charmaz, 2006; Richards, 2009). Desta análise surgiram cinco temas distintos: “Os maiores contributos para o processo terapêutico”, “O impacto do *feedback* positivo”, “O impacto do *feedback* negativo, neutro e das respostas orientadas para a problemática”, “A eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das percepções” e “Exploração dos novos resultados”. Assim, no próximo capítulo apresentaremos cada um dos temas com a descrição das respetivas categorias emergentes, bem como os resultados que considerámos relevantes derivados da análise qualitativa.

Terminaremos com as questões éticas associadas a qualquer trabalho científico, descrevendo aquelas que orientaram este trabalho.

#### 2.2.6      Questões éticas associadas à investigação

Um trabalho de investigação em ciências sociais e humanas tem que ter em consideração as questões éticas, e de acordo com os pilares e princípios morais da sociedade. Este tipo de investigação envolve seres humanos enquanto sujeitos alvo de estudo, e tem como objeto de estudo o seu comportamento. Assim, e de acordo com Tuckman (2000), a investigação tem como premissa não poder dificultar, prejudicar, perturbar, afetar ou enganar a vida daqueles que nela participam. Como forma de orientar e prevenir estes danos aos sujeitos, foram identificados princípios e normas de conduta no Relatório *Belmont*, em 1978, pela *National Commission for the Protection of Human Subjects in Biomedical and Behavioral Research*, onde os princípios defendem o respeito pelas pessoas e suas escolhas, protegendo o seu bem-estar, a sua beneficência através da minimização dos danos e maximização dos benefícios que possam resultar da investigação, e um sentido de justiça relativamente à distribuição desses danos e benefícios. Quanto às normas de conduta científica que traduzem esses princípios básicos, são relatadas a competência do investigador, a existência de um desenho de investigação válido, a necessidade da respetiva identificação das consequências da investigação, ter em consideração a seleção dos participantes com fornecimento do respetivo e adequado consentimento informado e, finalmente, uma compensação pelos eventuais danos causados.

Desta forma, e tendo em consideração estes princípios e normas de conduta, podemos afirmar que esta investigação teve uma conduta apropriada e em conformidade com o requerido. Assim, relativamente à preocupação com a proteção e o bem-estar dos participantes, o seu anonimato foi considerado, tendo sido garantido pela identificação dos sujeitos através de códigos e sendo omitida qualquer informação que pudesse facilitar a sua identificação. Da mesma forma, a sua privacidade foi e será respeitada, evitando assim, questões pessoais que pudessem surgir indevidamente, e respeitando a não participação em qualquer momento do

decorrer da investigação. Assim, os participantes foram informados acerca do tipo de investigação a ser desenvolvida e foram assinados os consentimentos informados para todos os procedimentos da investigação. Igualmente, os sujeitos foram informados que os dados não seriam usados para outros fins que não o científico e os dados de recolha, assim como as gravações das sessões e entrevistas seriam destruídas após a defesa deste trabalho.

Chegando ao final da descrição do desenho de estudo, passaremos à descrição dos nossos resultados.

### 3 Capítulo. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo propomo-nos apresentar os dados obtidos mediante a aplicação dos dois tipos de instrumentos de recolha de dados: gravação e transcrição de sessões (análise quantitativa) e a entrevista (análise qualitativa).

Em relação à análise quantitativa, apresentaremos para cada item, as médias das percentagens enquadradas nas categorias teóricas em que se inserem, através do formato de tabela e gráfico. Apresentar-se-á, por cada diade, as percentagens dos itens por sessão de acordo com o número de respostas do terapeuta em cada sessão, e finalmente, uma média final das sessões. Para chegar a estes resultados seguimos a metodologia da estatística descritiva.

Para a entrevista, apresentaremos os resultados qualitativos que dizem respeito ao resultado da análise das 16 entrevistas e respetivas associações com os dados quantitativos previamente recolhidos. Seguimos a metodologia da GT, estruturada a partir dos temas que foram construídos com base no agrupamento dos diferentes objetivos, com as respetivas categorias que se foram construindo como resultados significativos dos discursos das clientes e das terapeutas ao longo da investigação. Em seguida, apresentaremos o resumo dos temas:

<b>Tema 1 - O maior contributo para o processo terapêutico</b> As principais características Momentos altos do processo terapêutico Principais desejos do processo terapêutico	<b>Tema 4 - A eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança, e as (des)sintonias das perceções</b> A eficácia da terapia Causas para o sucesso O que correu bem O que precisa ser melhorado Causas para a confiança O que correu bem O que precisa ser melhorado (Des)sintonia entre terapeutas e clientes relativamente às perceções de eficácia, rapidez, e satisfação com evolução do processo e melhoria de sintomas
<b>Tema 2 - O impacto do feedback positivo</b> Impacto das respostas orientadas para o sucesso - Respostas Ativas Construtivas (RAC) Impacto do feedback positivo - Atos de Fala Positivos (AF+) O que as aproxima e distingue Relação entre AF+, RAC e RPC com eficácia, rapidez e evolução do processo terapêutico.	<b>Tema 5 - Exploração dos novos resultados</b> Distribuição do maior contributo para o processo terapêutico pelas diades convergentes e divergentes Distribuição do maior contributo para o processo terapêutico e valores de Sucesso e Confiança por todas as diades
<b>Tema 3 - O impacto do feedback negativo (AF-), neutro e orientado para a problemática</b> Impacto das respostas orientadas para a problemática Impacto do feedback negativo - Atos de Fala Negativos (AF-) O impacto do feedback neutro Relação entre respostas orientadas para os sucessos e problemáticas com eficácia, rapidez e evolução do processo terapêutico Relação entre perceção de sucessos e problemas com eficácia, rapidez e evolução do processo terapêutico Relação entre foco neutro com eficácia, rapidez e evolução do processo terapêutico	

Figura 2. Quadro síntese dos cinco temas resultantes da análise qualitativa



### 3.1 CLASSIFICAÇÃO LONGITUDINAL DAS 40 SESSÕES

Os dados recolhidos através da gravação, transcrição e classificação das 40 sessões numa folha Excel, tiveram como objetivo responder ao aspeto da eficácia das questões: b) Analisar, explorar e conhecer o impacto e a eficácia do feedback positivo e foco nos sucessos com base na análise de dois modelos da PP: Respostas Ativas Construtivas de Gable e colaboradores (2006) e Atos de Fala Positivos de Fredrickson e Losada (2005); e c) Analisar, explorar e conhecer o impacto e a eficácia que o uso de outro tipo de respostas (que não a Ativa Construtiva e Atos de Fala Positivos) e o foco nos problemas podem causar, de forma distinta, no processo terapêutico. De ressaltar que esta eficácia será apresentada nos resultados dos segundo e terceiro temas, “Impacto do feedback positivo” e “Impacto do feedback negativo (AF-), neutro e orientado para a problemática”, respetivamente, uma vez que estes resultados foram importados para tratamento no programa NVIVO, de forma a serem incluídos nas respetivas matrizes qualitativas. Assim, neste ponto, propomo-nos apresentar os dados obtidos com relação às variáveis independentes, nomeadamente, os 6 itens classificados em todas as sessões que obtiveram valores diferentes de zero, considerados individualmente e agrupados por sessão, dentro de cada díade (A a H). De notar que houve 3 itens (AF-, RAD e RPD) que obtiveram valores absolutos iguais a zero, não estando por isso aqui contemplados.

*Tabela 1*

*Distribuição nas respetivas díades do resultado da análise longitudinal dos itens classificados nas 40 sessões, expressos em médias de percentagens*

Díade	AF+	RAC	RPC	P	S	N
Média em %						
A	34	3	19	63	18	20
B	46	29	12	21	39	26
C	96	44	53	86	8	7
D	97	29	67	49	24	27
E	55	4	29	56	13	26
F	93	78	16	65	16	19
G	66	29	24	25	42	35
H	81	19	53	50	40	13

*Nota.* AF+ = Atos de fala positivos; RAC = Respostas ativas construtivas; RPC = Respostas passivas construtivas; P = Orientação focada nos problemas; S = Orientação focada nos sucessos; N = Orientação neutra.

Se olharmos para a tabela 1, podemos observar que no total das 40 sessões, a média das respostas e da sua orientação variaram consoante o tipo. Para a média das respostas destacamos os AF+ ( $M=71$ ;  $DP=22,80$ ), seguindo-se as RPC ( $M=34,13$ ;  $DP=19,26$ ) e as RAC ( $M=29,38$ ;  $DP=22,43$ ). Para o tipo de orientação,

destacamos as P ( $M=51,88$ ;  $DP=19,89$ ), seguindo-se as S ( $M=25,00$ ;  $DP=12,62$ ) e finalmente as N ( $M=21,63$ ;  $DP=8,25$ ).

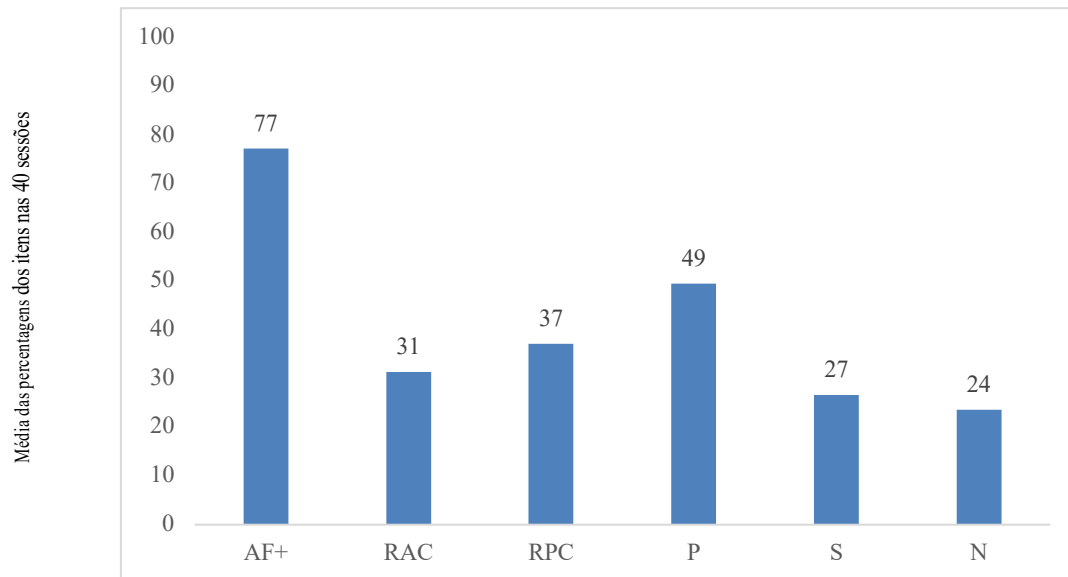


Figura 3. Distribuição das médias por itens quantificados nas 40 sessões

Olhando para este gráfico, podemos concluir que no total das 40 sessões houve, em média, mais AF+, seguidos de RPC e finalmente RAC. Relembramos que os AF+, RAC e RPC não são mutualmente exclusivos, ou seja, os AF+ contemplam RAC e RPC, para além das outras classificações atrás descritas na metodologia. Quanto à orientação, podemos afirmar que houve mais respostas orientadas para a problemática (P), quando comparadas com as respostas orientadas para o sucesso (S) e neutras (N), tendo estas duas últimas, valores relativamente próximos.

Tal como descrito no início desta secção, os valores calculados e apresentados na tabela 1, foram importados para tratamento estatístico no programa NVivo. Vamos assim, dar início à descrição dos resultados qualitativos desta investigação, e nos temas 2 “Impacto do *feedback* positivo orientado para o sucesso” e 3 “Impacto do *feedback* negativo (AF-), neutro e orientado para a problemática”, nos subcapítulos que exploram a associação das temáticas com a eficácia, rapidez e satisfação, serão apresentados os resultados das matrizes calculadas com a importação dos dados quantitativos.

### 3.2 TEMA 1: O MAIOR CONTRIBUTO PARA O PROCESSO TERAPÊUTICO

<p><b>As principais características do processo terapêutico</b></p> <p><u>Cuidar (13)</u> - A capacidade para ser genuíno e naturalmente empático, incluindo um sentimento de proximidade e carinho pelo outro. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: <u>Afeto (10)</u>, que diz respeito à proximidade emocional, onde ambos manifestaram sentimentos de afeição e/ou identificação com o caso, tendo estes sentimentos sido descritos como uma amizade com limites; e <u>Empatia (7)</u>, que representa a capacidade para ambos criarem uma relação empática, como se de um ciclo vicioso se criasse entre os dois, no que diz respeito à troca e partilha de informação e sensações, incluindo sentimentos mútuos de confiança e compreensão.</p> <p><u>Disponibilidade (11)</u> - Revela a ideia de dedicação, empenho e esforço ao longo de todo o processo terapêutico. Os terapeutas referem o seu tempo e a sua real disponibilidade para se dedicarem a este processo, já os clientes referem a sabedoria do terapeuta para ouvir e usar as palavras com sabedoria nos momentos certos, podendo isto ser revelador de uma verdadeira disponibilidade para estarem ali, com genuinidade e honestidade. No que diz respeito aos clientes, eles descrevem a sua honestidade, autenticidade e dedicação ao processo.</p> <p><u>Atitude Construtiva (11)</u> - Representa a capacidade que ambos têm, terapeutas e clientes, para usarem a motivação e o encorajamento durante o processo terapêutico. Os clientes descrevem-na como uma capacidade para se superarem, ganharem autoconfiança e para criarem uma força interior que os motive e ajude a combater o seu pessimismo. Os terapeutas referem a sua capacidade para encorajar e incentivar os clientes a pensarem de uma forma mais construtiva, acreditando nas suas capacidades e incentivando a sua autonomia.</p> <p><u>Profissionalismo (10)</u> - É descrita a capacidade que o terapeuta tem para intervir de uma forma equilibrada, tranquila e credível, ajudando na clarificação e construção de novas perspetivas da problemática, ajudando o cliente a confiar no terapeuta e a quebrar barreiras.</p>
<p><b>Momentos altos do processo terapêutico</b></p> <p><u>Identificação da principal problemática (8)</u> - Refere-se à identificação dos processos adjacentes ao foco terapêutico que parece ter ajudado os clientes a clarificar e consciencializar o seu funcionamento, podendo assim facilitar no processo de mudança terapêutica.</p> <p><u>Momentos Altos convergentes (3)</u> - Convergiram 3 díades: A) o confronto e o esclarecimento da problemática; B) superação da problemática e aumento de bem-estar; e G) a identificação da problemática através de um sonho que ajudou na clarificação do seu funcionamento.</p>
<p><b>Principais desejos do processo terapêutico</b></p> <p><u>Características associadas ao cliente (11)</u> - Atitudes, características e competências que a cliente deve manter, melhorar e/ou desenvolver.</p> <p><u>Características associadas ao processo terapêutico (7)</u> - O desejo de manter o sucesso terapêutico, a frequência das sessões e o nível de profissionalismo.</p> <p><u>Desejos convergentes (3)</u> - Convergiram 3 díades: A) melhorar e manter características e competências pessoais da cliente; B) manter o profissionalismo da terapeuta; e H) manter o processo terapêutico e o apoio dos profissionais.</p>

Figura 4. Quadro síntese das categorias e subcategorias que integram o Tema 1, com as respetivas quantificações (número entre parênteses) e definições operacionais.

Vamos agora iniciar a descrição dos resultados qualitativos do Tema 1, sintetizados na figura anterior, fazendo referênci

a a alguma formatação importante, escolhida para facilitar a sua leitura: todas as categorias e subcategorias serão apresentadas em sublinhado, com a respetiva frequência entre parenteses e os exemplos de citações em *itálico*. A referência às díades será feita em formato **negrito**. Relativamente à nomenclatura utilizada, às categorias principais denominámo de “categorias” e às subsequentes, “subcategorias”.

Este tema agrega as reflexões dos participantes sobre aquilo que melhor contribuiu para o sucesso da terapia, os momentos altos identificados ao longo do processo e os desejos para o futuro do mesmo, na visão de ambos os atores do processo. Inclui uma visão interna, de cada participante, mas também uma visão externa,

como se alguém de fora estivesse a participar neste processo de avaliação (questões da entrevista: 10 - “O que considera que tem colocado de melhor de si virtudes, qualidades, forças pessoais ou profissionais) para o processo funcionar?”; 11- “Se este processo pudesse ser visto por alguém de fora, o que considera que essa pessoa apontaria como os fatores que mais contribuíram para o sucesso do trabalho realizado?”; 9 - “Numa visão global do processo terapêutico até agora (5 sessões), pode identificar um momento alto?” e 12 - “Se pudesse pedir três desejos, o que pediria para o futuro do processo terapêutico com este seu cliente?”.

### 3.2.1 As principais características do processo terapêutico

Ao longo desta secção, iremos apresentar os resultados da análise de dados de acordo com duas áreas do IA: 6. O melhor de cada um, onde o objetivo será perceber as características que mais contribuem para o sucesso da terapia, numa perspetiva pessoal e numa visão externa; e 7. Momentos Altos e Desejos, de forma a podermos avaliar até que ponto existiu sintonia/harmonia entre os interlocutores ao longo do processo relativamente ao foco terapêutico, expectativas e objetivos terapêuticos.

Pretendemos assim dar resposta às questões 1, 2 e 3 desta investigação: 1 - “Que características do terapeuta e cliente são percecionadas como as mais importantes para o sucesso do processo terapêutico?”; 2 - “Quais os momentos altos mais relevantes e até que ponto as díades apresentam sintonia na sua identificação?”; e 3 - “Que tipo de desejos são mais relevantes e até que ponto as díades apresentam sintonia na sua identificação?”.

A categoria Cuidar (13) foi a que mais emergiu desta análise, tendo sido descrita pelos terapeutas e clientes como a capacidade para ser genuinamente empático, incluindo um sentimento de proximidade e carinho pelo outro: *"Eu gosto muito desta cliente. Ela é uma pessoa com quem naturalmente criei um relacionamento empático, sem nenhum tipo de esforço"* (G36-45,TD1). Alguns clientes e terapeutas usaram a palavra "amizade" ou “gosto da cliente” embora tenham relatado que percebem que é uma amizade “especial”, com limites: *"Eu vejo a minha terapeuta como uma amiga. Ela é a única com quem partilho alguns dos meus problemas. Eu nunca fiz isso antes. Até os meus amigos estão surpreendidos..."* (G36-45,CD2). Igualmente, houve terapeutas que relataram terem-se “identificado” com o cliente e/ou com o caso: *"Existe uma empatia genuína e é muito fácil gostar desta cliente...mesmo muito fácil...identifiquei-me com esta cliente em alguns aspetos, não porque eu vivia nas mesmas situações, mas porque me identifico com os seus sentimentos"* (G36-45,TB2). Da mesma forma, esta categoria foi descrita como um facilitador de proximidade, influenciando positivamente a relação: *"Não é a primeira vez que estou em terapia e sempre senti alguma distância entre mim e o terapeuta, mas com esta terapeuta é diferente...até a distância física é diferente..."* (G26-35,CB2). Em suma, podemos observar que esta categoria, ao expressar um sentimento de proximidade e carinho pelo outro, descrito por palavras como

“amizade”, no caso dos clientes, e “gosto” do cliente ou “identifico-me” com o cliente ou com o caso”, no caso dos terapeutas, parece ser um facilitador de proximidade e, consequentemente, influenciar positivamente a AT.

É importante salientar que esta categoria, Cuidar (13), foi subdividida em duas subcategorias, Afeto (10) e Empatia (7), sendo Afeto, a subcategoria que mais emergiu e diz respeito à proximidade emocional, onde são usadas expressões específicas como *"sinto-a como uma amiga"*, por parte dos clientes e *"gosto muito desta cliente" ou "identifico-me com ela" ou "identifico-me com o caso"*, por parte dos terapeutas, onde ambos manifestaram ter sentimentos de proximidade e identificação pelo outro, tendo sido descritos como sentimentos facilitadores de uma relação de proximidade. Já a Empatia (7) representa a capacidade para ambos criarem uma relação empática, ou seja, como se de um ciclo vicioso se criasse entre os dois, no que diz respeito à troca e partilha de informação e sensações, com sentimentos mútuos de confiança e compreensão: *"É a primeira vez que eu sinto que está mesmo a ter resultados produtivos...também porque acho que tem a ver com a empatia que há entre a cliente e a terapeuta, e sentir que nós realmente confiamos nela e que a pessoa nos entende...e acho que essa positividade é muito importante..."* (G18-25,CB1). Sendo um pouco mais específicos, no caso dos terapeutas, esta subcategoria tem a ver com a capacidade que os mesmos têm para se colocarem no lugar dos clientes, transmitindo a sensação de que estão ali para eles. A troca e partilha de informação e sensações é igualmente transmitida pelos clientes, fomentando uma dinâmica de partilha que flui entre eles e os terapeutas, com naturalidade e sem esforço associado, tendo sempre como base um sentimento de confiança e compreensão mútuos.

A segunda categoria que emergiu foi Disponibilidade (11), que mostra a ideia de dedicação, empenho e esforço ao longo de todo o processo terapêutico. No que diz respeito aos terapeutas, estes referem o seu tempo e a sua real disponibilidade para se dedicarem a este processo: *"A real disponibilidade que eu tive para estar aqui com ela neste processo"* (G26-35,TA1). Da mesma forma, os clientes referem que os terapeutas têm a sabedoria para saber ouvir e usar as palavras acertadas nos momentos certos, podendo isto ser revelador de uma verdadeira disponibilidade para estar ali, naquele momento de partilha, com total genuinidade e honestidade: *"Elas sabem ouvir e por isso sabem dizer as palavras certas, e isso é muito importante..."* (G36-45,CD2). No que diz respeito aos clientes, eles descrevem a sua honestidade, autenticidade e dedicação ao processo: *"Acho que é a minha honestidade, a verdade acima de tudo, o desejo de mudar as coisas em mim"* (G36-45,CD1). Resumindo, podemos afirmar que esta categoria representa a capacidade que o terapeuta tem para estar ali, verdadeiramente, naquele espaço, naquele momento, dedicado somente ao seu cliente, à relação terapêutica, com tudo o que isso implica a nível formal e emocional, sendo no fundo, um espaço físico, que é usado, acima de tudo, como um espaço de suporte inteiramente emocional. No que diz respeito aos clientes, refere-se à sua honestidade, autenticidade e dedicação ao processo.

Seguiu-se a categoria Atitude Construtiva (11) onde está representada a capacidade para ambos, terapeutas e clientes, usarem a motivação e o encorajamento durante todo o processo terapêutico. Relativamente aos clientes, os mesmos descrevem a capacidade para se superarem e ganharem autoconfiança de forma a levarem avante os seus processos, quebrando modelos e crenças: *"Sou uma pessoa negativa em relação a mim própria (...), mas tento não ser pessimista, tento deixar esse sentimento de lado"* (G18-25,CB1). Da mesma forma, a capacidade para criarem uma força interior que os motive e ajude a combater o pessimismo, e a sua tendência para não acreditarem em si mesmos: *"A minha voz interior ... eu tenho que me obrigar a mim mesma a sentir que há qualquer coisa que ajuda a ter motivação e força para fazer alguma coisa. Muitas vezes acabo por usar essa estratégia para me mexer, para agir..."* (G26-35,CB2). Já relativamente aos terapeutas, estes referem a sua capacidade para encorajar e incentivar os clientes a pensarem de uma forma mais construtiva, acreditando nas suas capacidades e incentivando a sua autonomia: *"Incentivar a autonomia da cliente, incentivar pensar por ela (...) lutar por aquilo que acredita e esclarecer as questões"* (G36-45,TB1). Em suma, podemos afirmar que esta categoria diz respeito a aspetos mais relacionados com superação de dificuldades, incentivo, motivação e encorajamento, como se fosse um primeiro passo para preparar o caminho da resiliência, com tudo o que isso implica de adaptação e transformação interior, bem como implica a identificação de competências, forças e virtudes pessoais no cliente, de forma a conseguir superar as diversas adversidades.

Por último, surgiu Profissionalismo (10), sendo uma categoria descrita como a capacidade que o terapeuta tem para intervir de uma forma eficaz, equilibrada e credível, ajudando na clarificação e construção de novas perspetivas da problemática: *"Ela sabe dizer as coisas certas para os meus problemas"* (G18-25, CA1); *"(...) no fundo, abrir-me as janelas para aquilo que eu não estava a ver (...) eu tenho as ideias, mas não consigo perceber onde está o foco, e é como organizar a cabeça"* (G36-45,CD1). Na perspetiva do terapeuta, foi descrita como a capacidade para usar o pragmatismo através de um formato que transmite tranquilidade, segurança e credibilidade, podendo assim influenciar o cliente a confiar no terapeuta e nele próprio, podendo assim quebrar algumas barreiras: *"A minha tranquilidade nas sessões (...) a segurança que eu passo (...) e a certeza de que eu sei do que estou a falar"* (G26-35,TA2); *"Tenho tentado ser pragmática e assertiva (...) esta cliente é muito manipuladora e tive que ter uma subtilidade para conseguir lidar com ela"* (G36-45,TD2). Neste caso, o terapeuta referiu que, para atingir os objetivos terapêuticos, teve que utilizar estratégias com subtilidade de forma a conseguir contornar padrões de funcionamento menos adaptativos e desajustados. Em suma, podemos afirmar ser uma categoria que se refere à capacidade que os terapeutas têm para escolher, de uma forma equilibrada e tranquila, o momento certo e as palavras certas para intervir, de maneira a ajudar na construção de novas perspetivas da problemática, promovendo um alívio no cliente. É igualmente referida a capacidade que o terapeuta tem para ser pragmático e devolver reformulações construtivas da problemática,

---

promovendo a sua clarificação, através de uma atitude segura e autoconfiante, promovendo confiança na relação e nele próprio, e ajudando a quebrar barreiras.

Tabela 2

Distribuição das categorias e subcategorias das “Principais características do processo terapêutico” pelos terapeutas e clientes

Categorias	Subcategorias	Terapeutas	Clientes
Cuidar		8	5
	Afeto	5	5
	Empatia	6	1
Disponibilidade		7	4
Atitude Construtiva		3	8
Profissionalismo		5	5

Nota. Nesta tabela podemos observar a importância que cada grupo dá, terapeutas e clientes, às diferentes categorias e subcategorias.

Podemos assim observar que os terapeutas enfatizam o aspeto Cuidar, dando uma importância semelhante à Empatia e ao Afeto, mas valorizando mais a Empatia. Segue-se a Disponibilidade, o Profissionalismo e, finalmente, a Atitude Construtiva. No caso dos clientes, estes dão primazia à Atitude Construtiva, seguindo-se Cuidar e Profissionalismo com o mesmo peso onde, claramente, enfatizam mais o Afeto que a Empatia, e finalmente, a Disponibilidade.

### 3.2.2 Momentos altos do processo

Identificar os momentos altos do processo depois de cinco sessões foi uma forma de perceber quais os eventos mais significativos da terapia e se o terapeuta e o cliente estavam em sintonia, podendo isto ser representativo de que ambos estavam num estado de entendimento mútuo, compreensão e harmonia, quer a nível emocional, quer a nível terapêutico. Isso pode igualmente representar que ambos estavam cientes do foco terapêutico e da evolução do processo e, conseqüentemente, de um processo terapêutico com um grau de autoconsciência mais elevado. Surgiram aqui duas categorias: a Identificação da problemática principal (8) e o Reconhecimento da evolução terapêutica (3).

No que diz respeito à categoria Identificação da problemática principal (8), a identificação do foco terapêutico parece ter ajudado os clientes a clarificar e consciencializar aquilo que os trouxe à terapia, podendo assim facilitar no processo de mudança terapêutica: “*Vêem-me à memória muitas situações, mas todas elas muito equiparadas...está tudo relacionado com o mesmo, com o meu problema (...)*” (G36-45,CC2); “*Não sei*

*se terá sido um momento alto, mas ela reconheceu que, de facto, as relações que ela tem à volta dela, não são todas tão perfeitas como descrevia nas primeiras sessões, nomeadamente a relação com o marido, sendo uma boa relação, ela percebe que o marido não a compreende em diversos pontos, e confrontada com isso ela conseguiu...*” (G36-45,TC1). A identificação da problemática, que implicou a devolução dos comportamentos disfuncionais e a tomada de consciência de todos estes processos, juntamente com o processo de aceitação, foram identificados como os principais componentes para que se desse o primeiro passo para a mudança terapêutica. No fundo, estamos aqui a falar do foco terapêutico, fundamental para que se possam criar os objetivos e um plano terapêutico adequado à situação.

Quanto ao Reconhecimento da evolução terapêutica (3), esta categoria diz respeito ao momento em que há um reconhecimento da evolução do processo terapêutico, onde manifestamente, clientes e terapeutas revelam o seu entusiasmo: “(...) *foi mesmo nessa altura, eu estava mesmo espetacular! Foi quando eu me comecei a sentir melhor comigo mesma, daí começar a resolver melhor as coisas todas (...)*” (G18-25,CA1); “(...) *quando ela deu o passo e se permitiu a viver determinada relação, neste caso amorosa, sem medo*” (G36-45,TA1). No fundo, estamos aqui a falar da concretização dos objetivos terapêuticos que são reconhecidos durante a sessão.

Tabela 3

*Distribuição das categorias “Momento altos do processo terapêutico” pelos terapeutas e clientes*

Subcategorias	Terapeutas	Clientes
Identificação da problemática principal	4	4
Reconhecimento da evolução terapêutica	1	2

*Nota.* Nesta tabela podemos observar a importância que cada grupo dá, terapeutas e clientes, às diferentes subcategorias.

Assim, terapeutas e clientes enfatizam, igualmente, a Identificação da problemática principal, mas no que diz respeito ao Reconhecimento da evolução terapêutica, já podemos afirmar ser uma categoria mais nomeada pelos clientes, mesmo que com uma baixa referência.

### 3.2.2.1 Momentos altos convergentes

Quando falamos em Momentos altos Convergentes (3), estamos-nos a referir a uma categoria que se refere à identificação do mesmo ponto alto ao longo das 5 sessões, por ambos as interlocutoras, terapeutas e clientes. Num total de oito diádes, convergiram três: A, B e G.



No caso da díade A, podemos constatar que o confronto, esclarecimento e clarificação da problemática por parte do terapeuta ajudou o cliente a tomar consciência da mesma, podendo assim optar por comportamentos alternativos mais eficazes e emocionalmente mais ajustados:

*“Posso. Quando consciencializou que os seus próprios comportamentos e os seus próprios sentimentos, não eram, ou não tinham o efeito que ela achava que tinham (...) Foi no momento em que eu devolvi, a nível comportamental, o seu padrão, e no qual ela sentiu que aquilo que julgava que estava a fazer, não era bem propriamente uma estratégia saudável. E desde aí, tem estado a melhorar.” (G26-35, TA2); “Talvez na segunda sessão, em que eu falei de algumas preocupações...De algumas coisas que vêm já desde a minha infância, (...) Eu com esta postura, percebi que realmente estaríamos aqui para trabalhar aquilo que me faz disfuncional e tenho que mudar.” (F46-55, CA2)*

Podemos observar que o facto de o cliente ter sido confrontado com a sua problemática e ter reconhecido o seu padrão de funcionamento menos adaptativo, parece ter sido um passo significativo para que se pudesse dar início à mudança terapêutica.

Na díade B, foi identificado o momento em que o cliente superou a sua problemática, mais especificamente, permitiu-se a confiar mais nele próprio, e o reflexo disto deu-se com a concretização do início de uma nova relação amorosa:

*“Foi numa sessão que trouxe o meu namorado. Tínhamos começado a namorar há pouco tempo (...) foi nessa altura que eu comecei a ficar mesmo espetacular! Foi quando eu me comecei a sentir melhor comigo mesma, e daí começar a resolver melhor as minhas coisas todas. Começar a esquecer umas coisas do passado...” (G18-25, CA1); “Para aí na terceira sessão, ou na quarta sessão, quando ela vem contente com ela própria, porque conheceu uma pessoa e sentiu-se confiante para dar um passo, dar uma oportunidade de experimentar viver uma situação diferente. Ela permitiu-se viver determinada relação, neste caso amorosa, sem medo.” (G26-35, TA1).*

Aqui podemos constatar que o cliente, ao ganhar mais autoconfiança, permitiu-se iniciar uma nova relação amorosa, e isto parece ter tido reflexo positivo ao nível do seu bem-estar geral, onde confiar no outro era, sem dúvida, um objetivo terapêutico deste processo.

Finalmente, na díade G, foi relatado por ambos, terapeuta e cliente, a identificação da problemática através de um sonho, onde o cliente conseguiu, a partir daí, perceber onde estava a origem do seu problema, nomeadamente, o seu problema na relação com a autoridade:

*“Eu hoje tive um sonho e de repente ele mostrou-me onde é que estava a ponta do iceberg do problema (...) e esse sonho, acho que revelou o problema, por exemplo, nesta questão da autoridade.” (G36-45, CD1);*

“Hoje foi um momento alto, em que ela através de um sonho percebeu uma série de coisas que eram importantes para resolver uma questão.” (G36-45, TD1).

Neste caso, a identificação da problemática através de um sonho parece ter sido um *insight* suficientemente esclarecedor para que o cliente percebesse onde estava o cerne de alguns dos seus problemas, nomeadamente, da sua questão com a autoridade.

Em suma, os momentos altos convergentes estiveram todos relacionados com a categoria Identificação da Problemática Principal (8), o que parece ter facilitado a tomada de consciência do foco terapêutico por parte do cliente e, consequentemente, a sua evolução terapêutica, nas respetivas díades convergentes: **A** - o confronto e o esclarecimento da problemática; **B** - superação da problemática e aumento de bem-estar; e **C** - a identificação da problemática através de um sonho que ajudou na clarificação do seu funcionamento.

Tabela 4

Relação das díades convergentes “Momentos altos” com o grau da percepção de sucesso na terapia

Díades	Grau de sucesso cliente	Grau de sucesso terapeuta
A	10	8
B	9	8
G	10	8

*Nota.* Podemos observar uma diferença entre clientes e terapeutas para o grau de satisfação com o sucesso da terapia até ao momento, no entanto são ambos superiores a 7, valor de referência para indicar se houve sucesso elevado.

Observando a tabela acima, podemos afirmar que houve sintonia entre os terapeutas e clientes das díades **A**, **B** e **G**, relativamente à satisfação com o sucesso da terapia, onde ambos, terapeuta e cliente, se encontram bastante satisfeitos. Há, no entanto, uma tendência para os clientes darem valores mais elevados que os terapeutas.

Tabela 5

Relação das díades convergentes “Momentos altos” com o grau da percepção de confiança na terapia

Díades	Grau de confiança cliente	Grau de confiança terapeuta
A	9	8
B	9	8
G	9	9

*Nota.* Observa-se uma diferença entre clientes e terapeutas para o grau de confiança do sucesso da terapia no futuro, no entanto são ambos superiores a 7, valor de referência para indicar se houve confiança elevada.

Podemos aqui observar uma sintonia entre os terapeutas e clientes das díades A, B e G, relativamente à confiança para o sucesso da terapia, onde ambos mostraram estar bastante satisfeitos, havendo, novamente, uma tendência para os clientes darem valores mais elevados que os terapeutas.

### 3.2.3 Principais desejos para o processo

Dar a possibilidade aos clientes e terapeutas de pedir três desejos após as cinco sessões foi uma forma de tentar entender as suas expectativas, e até que ponto ambos poderiam estar em sintonia acerca dos seus processos e objetivos terapêuticos. Assim, relativamente à identificação dos principais desejos do processo, surgiram duas categorias referidas por ambos: as Características associadas ao cliente (11) e as Características associadas ao processo terapêutico (7).

Relativamente à categoria Características associadas ao cliente (11), esta diz respeito a atitudes, características e competências que o cliente deve manter, melhorar e/ou desenvolver. Quanto à categoria Características associadas ao processo terapêutico (7), esta incluiu temas como a manutenção do sucesso terapêutico, a frequência das sessões e o nível de profissionalismo de toda a equipa envolvida: “*Pediria a disponibilidade dela para continuar as sessões e pediria que ela melhorasse com isto tudo (...) e que a terapia tivesse sucesso, obviamente*” (G36-45, TC1); “*Eu quero manter o sucesso, acima de tudo...e manter o profissionalismo da minha terapeuta*” (G36-45, CA2). Assim, podemos afirmar que ambos, terapeutas e clientes, referiram os mesmos temas, o que pode significar que desejam manter o suporte terapêutico e com isso, naturalmente, atingir o sucesso terapêutico.

Tabela 6

Distribuição das categorias dos “Principais desejos do processo” pelos terapeutas e clientes

Subcategorias	Terapeutas	Clientes
Características associadas ao cliente	7	4
Características associadas ao processo terapêutico	4	3

*Nota.* Nesta tabela podemos observar a importância que cada um dá, terapeutas e clientes, às diferentes subcategorias dos desejos.

Observa-se que os terapeutas enfatizam mais a categoria Características associadas ao cliente quando comparados com os clientes, sendo este valor quase metade. No que diz respeito à categoria Características associadas ao processo terapêutico, é igualmente uma categoria mais nomeada por terapeutas que clientes, embora com uma diferença pouco relevante.

### 3.2.3.1 Desejos convergentes

Quando falamos em Desejos Convergentes (3), estamos-nos a referir a uma categoria que se refere à identificação do mesmo desejo ao longo das 5 sessões, por ambos os interlocutores, terapeutas e clientes. Num total de oito díades, podemos observar a convergência de três díades: **A**, **B** e **H**. No caso da díade **A**, constatamos que ambos identificaram melhorar e manter algumas características e competências pessoais do cliente:

*“Talvez um bocadinho de mais autoestima, um bocado mais de coragem, às vezes, para fazer algumas coisas que, às vezes, tenho muito receio de fazer. Um bocado de paciência, também. Sou um bocado impaciente às vezes, e à custa disso, como é que eu posso dizer, destrói-me alguns planos, algumas coisas”* (G18-25, CA1); *“Que ela continuasse a confiar nela própria, que conseguisse viver a vida dela nas decisões que ela tomou, sem culpabilidade, e saber usufruir das competências pessoais que tem e que às vezes acha que não tem, como controlar determinadas situações, frustrações, que ela tem, ou que ela acha que não tem capacidade de resolver, mas que depois se demonstrou que afinal tem...”* (G26-35, TA1).

Há uma convergência na tomada de consciência daquilo que é preciso trabalhar enquanto fragilidades pessoais do cliente, podendo isto representar que ambos estão conscientes de parte dos objetivos terapêuticos. Isto revela sintonia entre os dois, favorecendo assim o rumo do processo terapêutico.

Na díade **B**, foi convergente o desejo de manter o apoio e profissionalismo do terapeuta:

*“(...) O profissionalismo da parte da doutora, mas isso, eu já percebi que estou em boas mãos. E amizade. Sim, porque a dedicação da doutora e o seu empenho é que estão a fazer a diferença. Já eu sou muito fraca...”* (G36-45, CA2); *“A regularidade das sessões...A mesma força, ou a mesma energia, das duas partes, para o trabalho, que não é fácil. A consciência, a gestão da minha parte, por exemplo, a gestão certa ou correta da minha parte daquilo que esta doente está a criar em termos de expectativas em relação a este sucesso tão inicial deste processo, porque não vai ser sempre assim. E isso é aquilo que eu tenho de controlar mais, ou ter essa consciência...de que está a ser muito positiva agora, e que está a ir ao encontro daquilo que ela precisa...mas eu sei que não vai ser sempre assim...ter eu mais essa consciência, e trabalhar isso com ela”* (G26-35, TA2).

Neste caso, é visível a convergência da vontade e necessidade de manter o apoio e profissionalismo do terapeuta, mas é interessante notar que existe, da parte do cliente, alguma ingenuidade quanto ao seu verdadeiro estado e até alguma hetero-responsabilização relativamente ao sucesso do processo, como se este estivesse dependesse apenas do terapeuta, e não dele. Talvez uma atitude demasiado otimista, que tem a ver com as expectativas irrealistas que o terapeuta menciona, e que, ao contrário do cliente, este tem perfeita noção e consciência de que este processo está ainda numa fase inicial, existindo ainda a necessidade de explorar,

clarificar e confrontar outros temas com o cliente. Assim, parece existir um depósito de confiança elevado no trabalho do terapeuta, podendo isto contribuir positivamente para a AT.

Finalmente, na díade **H** foi relatado por ambos a necessidade de manter o processo terapêutico, embora seja evidente uma diferença de locus de controlo, onde para o cliente é nitidamente externo, como se a responsabilidade do sucesso fosse atribuída à medicação e ao terapeuta. Já o terapeuta tem uma visão diferente, atribuindo a responsabilidade ao cliente, expressando a necessidade de tomar consciência dos seus processos e, consequentemente, poder evoluir:

*“Essencialmente, a continuação da terapia com a Dr.ª D. Neste momento, eu vejo-a como uma amiga, ela é a única que sabe maior parte dos meus problemas, porque eu nunca me abri com ninguém.” (G36-45,CD2); “Que ela deprimisse a sério. Mais dois. Que ela aderisse às consultas com consistência, que deixasse de usar estas manipulações todas, consciencializasse este tipo de manipulação (...) que ela consciencializasse isso tudo, acho que era fundamental. Primeiro sofre e depois consciencializa, é o ideal, e depois muda.” (G36-45,TD2).*

Em suma, podemos afirmar que os desejos convergentes vão ao encontro da descrição da categoria Características associadas ao cliente, onde é mencionada a necessidade em manter e melhorar as competências pessoais dos clientes, mas principalmente, da descrição da categoria Características associadas ao processo terapêutico, onde são evidenciadas características pessoais do terapeuta, enfatizando o seu lado apoiante e confiante: **A** - melhorar e manter características e competências pessoais do cliente; **B** - manter o profissionalismo e confiança no terapeuta; e **H** - manter o apoio dos profissionais e o processo terapêutico.

Tabela 7

*Relação das díades convergentes para “Principais Desejos” com o grau de perceção de sucesso na terapia*

Díades	Grau de sucesso cliente	Grau de sucesso terapeuta
A	10	8
B	9	8
H	8	6

*Nota.* Podemos observar uma diferença entre clientes e terapeutas para o grau de satisfação com o sucesso da terapia até ao momento, no entanto duas díades são superiores a 7, valor de referência para indicar se houve sucesso elevado.

Observa-se que houve sintonia nas díades **A** e **B** relativamente à satisfação com o sucesso da terapia, estando ambos bastante satisfeitos. A díade **H** não esteve sintónica, uma vez que o cliente dá um valor superior a 7 (satisfação alta), e o terapeuta dá um valor  $\leq 7$ .

Tabela 8

*Relação das díades convergentes nos “Principais Desejos” com o grau de percepção de confiança na terapia*

Díades	Grau de confiança cliente	Grau de confiança terapeuta
A	9	8
B	9	8
H	8	6

*Nota.* Podemos observar uma diferença entre clientes e terapeutas para o grau de confiança do sucesso da terapia no futuro, no entanto duas díades são superiores a 7, valor de referência para indicar se houve sucesso elevado.

Houve sintonia para as díades **A** e **B** relativamente à satisfação com o sucesso da terapia, estando ambos satisfeitos. Tal como na tabela 7, a díade **H** não se apresentou sintónica, uma vez que o cliente dá um valor superior a 7 (satisfação alta), e o terapeuta dá um valor  $\leq 7$ . É interessante observar que ambas as tabelas mantêm a tendência para os clientes darem valores mais elevados que os terapeutas.

Vamos, em seguida, passar à descrição dos resultados do segundo tema.

### 3.3 TEMA 2: O IMPACTO DO *FEEDBACK* POSITIVO ORIENTADO PARA O SUCESSO

<b>RESPOSTAS ATIVAS CONSTRUTIVAS (RAC)</b>	
<p><u>Reforça e encoraja (15)</u> - estratégias adotadas pelo terapeuta que parecem reforçar positivamente a evolução terapêutica, e assim aumentar sentimentos de valorização e responsividade no cliente. Da mesma forma, ajudam a promover a repetição do comportamento esperado, já que, a partir do momento em que o cliente se sente reforçado a sua tendência vai ser ir em busca de novo reforço, e deve ser expresso em tom de elogio, podendo este comportamento ser resultado de uma pequena ou grande mudança. Além de reforçarem comportamentos, são igualmente usadas para elogiar o esforço, a dedicação e a capacidade que o cliente teve para ser mais assertivo e mais autônomo, uma vez que conseguiu criar novas situações alternativas mais eficazes. Uma vez que estas técnicas promovem sentimentos positivos, consequentemente parecem ser impulsionadoras de coragem e motivação para que o cliente mantenha ou até adote novas posturas de comportamento, mais adaptadas e emocionalmente ajustadas. Como consequência dos sentimentos positivos que proporciona, esta técnica influencia positivamente o bem-estar do cliente, ajudando-o na superação de dificuldades e incentivando a mudança, o crescimento e, finalmente, a evolução terapêutica. Podemos assim concluir que os mecanismos de reforço e encorajamento aqui descritos são sentidos pelos clientes e terapeutas como agentes que reforçam e motivam a mudança e promovem bem-estar e evolução terapêutica.</p>	
<p><u>Fortalece e gera confiança (6)</u> - é uma estratégia que parece ajudar a fortalecer o cliente uma vez que promove o aparecimento de sentimentos e/ou EP, que podem ajudar a abrir novas perspectivas mais eficazes, podem assim ajudar a desbloquear alguns mecanismos de manutenção da patologia e, consequentemente, originar uma melhor organização interna, no caso de clientes mais destruturados. Da mesma forma, parece fazê-los sentirem-se confiantes e orgulhosos já que foram elogiados pelo seu comportamento, pela sua nova conquista ou evolução, sendo por isso um incentivo à mudança, bem como parece fazê-los sentirem-se reconhecidos e validados pelos atos conquistados, que podem ser o reflexo de maior autonomia e sentido de responsabilidade. É igualmente indicado como um fenómeno que parece reforçar a relação, aumentando a confiança na mesma, podendo assim originar um vínculo terapêutico mais forte.</p>	
<b>ATOS DE FALA POSITIVOS (AF+)</b>	
<p><u>Gatilho para novas estratégias e validação (9)</u> - é uma estratégia que entra mais pelo caminho da orientação e validação, ajudando o cliente a abrir portas e caminhos para novas descobertas. É descrita como um confronto construtivo que é utilizado através de questões abertas de forma a ajudar o cliente a refletir sobre a problemática e a criar outras visões da mesma ajudando a criar estratégias alternativas mais eficazes e a tomar decisões mais eficazes, resolutas e assertivas. É, igualmente, uma forma que o terapeuta tem de validar comportamentos que parece influenciar positivamente a perceção do cliente favorecendo a sua avaliação do comportamento, como se ajudasse a clarificar alguma distorção cognitiva alterada pelo enviesamento da perceção. Favorecendo a clarificação da problemática e ajudando na criação de alternativas mais eficazes, sendo este processo uma forma de responsabilizar o cliente pelas decisões, parece igualmente ajudar no processo de evolução e crescimento ao longo do processo terapêutico. Finalmente, para que estes processos de mudança terapêutica sejam tomados de forma responsável e consciente, parece ser importante que a utilização desta estratégia seja de cariz consistente e continua ao longo de todo o processo.</p>	
<p><u>Incentiva, revela interesse e aceitação (7)</u> - é uma estratégia que parece incentivar o cliente e promover um sentimento de reconhecimento por parte do mesmo, através da revelação de interesse e aceitação por parte do terapeuta e influenciando positivamente os sentimentos de bem-estar e segurança, promovendo a mudança de comportamentos. Sendo uma categoria que parece incentivar positivamente o cliente, pode influenciar no aumento da sua autoconfiança e, consequentemente, acabar por motivar o cliente a superar as dificuldades, reforçando igualmente as conquistas. Da mesma forma, parece mostrar interesse e aceitação por parte do terapeuta e ajudar o cliente a acreditar que existem outras formas de vivenciar as situações, e a encarar o espaço terapêutico como um espaço de partilha livre e genuíno, promovendo bem-estar no cliente. É referida como uma estratégia que, quanto maior a sua utilização, maior a probabilidade de transformar positivamente as sessões, e que deve ser utilizada em formato de elogio reforçando as conquistas do cliente, tornando assim consciente o processo de vitória pela mudança de algo que era sentido com uma dificuldade e foi ultrapassada, reforçando a sua autoestima e influenciando positivamente o sentimento de eficácia do cliente. Este tipo de estratégia, ao mostrar interesse e satisfação pela mudança por parte do terapeuta, encoraja o cliente a manter o seu processo de mudança, tornando-o mais seguro de si.</p>	
<b>SEMELHANÇAS</b>	
<p>RAC- Reforço de Comportamentos (4); AF+-Reforço de Comportamentos (1)</p> <p>RAC- Mudança e Evolução (3); AF+-Evolução e Crescimento (3)</p> <p>RAC- Encoraja e Motiva (3); AF+-Incentiva (2)</p> <p>RAC- Bem-Estar (3); AF+-Bem-Estar (2)</p> <p>RAC- Reconhecimento do Trabalho Conquistado (2); AF+-Reconhecimento do Esforço Dedicado (1)</p> <p>RAC -Validação (1); AF+-Validação (3)</p>	
<b>DIFERENÇAS</b>	
<div><b>Respostas Ativas Construtivas</b> Orgulho (2) Fortalece os clientes (2) Aumenta Confiança na Relação (1)</div>	<div><b>Atos de Fala Positivos</b> Estratégias Alternativas Mais Eficazes (4) Denota Interesse e Aceitação (2) Segurança (1)</div>

Figura 5. Quadro síntese das categorias e subcategorias que integram o Tema 2, com as respetivas quantificações (número entre parênteses) e definições operacionais.

Vamos agora iniciar a descrição dos resultados qualitativos do Tema 2, sintetizados na figura anterior. Este tema agrega as reflexões dos participantes sobre o impacto do *feedback* positivo, Atos de Fala Positivos (AF+) e Respostas Ativas Construtivas (RAC).

Recordamos a escolha de alguma formatação, escolhida para facilitar a sua leitura: todas as categorias e subcategorias serão apresentadas em sublinhado, com a respetiva frequência entre parênteses e os exemplos de citações em *itálico*. Igualmente, foram encontradas subcategorias semelhantes e distintas nas categorias principais, RAC e AF+. Como forma de os evidenciar, os mesmos serão apresentados em sublinhado dentro de cada categoria e, posteriormente, serão descritos nos respetivos subtemas. Relativamente à nomenclatura utilizada, às categorias principais denominámo-los de “categorias” e às subseqüentes, “subcategorias”.

Vamos assim, apresentar os resultados da análise de dados com a respetiva saturação das categorias emergentes, de acordo com três das oito áreas principais da entrevista, agora focado no aspeto positivo e no sucesso, bem como na avaliação da perceção de eficácia: 2) Comunicação orientada para o sucesso, onde o objetivo será o de avaliar a importância de uma orientação focada na partilha de sucessos (avaliação das RAC's); 3) Impacto frase positiva (avaliação dos AF+), com o objetivo de avaliar o impacto nas mudanças emocionais e comportamentais; e 4) Avaliação da perceção de sucesso e confiança, com o objetivo de avaliar como se relacionam com as diversas dimensões e são percebidas ao nível da eficácia terapêutica.

Iremos assim, responder à questão 4 desta investigação: “4 - De que forma o *feedback* positivo por parte do terapeuta é percebido e pode ser considerado um agente facilitador do processo terapêutico?”. Para responder às questões 5, 6 e 7 desta investigação, foram importados os dados com os totais resultantes da classificação das 40 sessões (5 sessões para cada diade), e relacionados com os conteúdos da entrevista: “5 - Será que uma percentagem mais elevada de Atos de Fala Positivos, por parte do terapeuta ao longo do processo clínico, aparece associada a uma maior perceção de eficácia e rapidez na evolução do processo?”; “6 - Será que uma percentagem mais elevada de Respostas Ativas Construtivas, por parte do terapeuta ao longo do processo clínico, aparece associada a uma maior perceção de eficácia e rapidez e evolução do processo terapêutico?”; e “7 - Será que uma percentagem mais alta de Respostas Ativas Construtivas, comparativamente com Respostas Passivas Construtivas, aparece associado a níveis mais elevados de rapidez, eficácia e evolução do processo terapêutico?”.

Neste tema emergiram duas categorias principais, onde a mais mencionada foi a Impacto das respostas orientadas para o sucesso - RAC (16), seguida da Impacto do *feedback* positivo - AF+ (13), tendo cada uma duas subcategorias agregadas. A primeira, Impacto das respostas orientadas para o sucesso - RAC (16), é descrita como um fenómeno de empoderamento dos clientes através de mecanismos como o reforço, encorajamento e motivação, que parece influenciar no bem-estar e na evolução terapêutica. Igualmente, esta



categoria é salientada como algo que parece ajudar os clientes a sentirem-se orgulhosos, reconhecidos, mais confiantes e, conseqüentemente, mais fortalecidos. A segunda, Impacto do feedback positivo - AF+ (13) com uma frequência menor que a primeira, no entanto, igualmente elevada, é uma categoria que reflete um incentivo à descoberta de estratégias mais eficazes e uma forma de validar comportamentos. Parece ainda revelar interesse e aceitação por parte do terapeuta, promovendo um sentimento de reconhecimento por parte do cliente e influenciando positivamente no seu bem-estar e segurança.

### 3.3.1 Impacto das RAC

A categoria Impacto das respostas orientadas para o sucesso - RAC (16) foi dividida em duas subcategorias distintas: Reforça e encoraja (15) e Fortalece e gera confiança (6).

A subcategoria com maior relevância, Reforça e encoraja (15) foi descrita como uma estratégia usada pelo terapeuta que parece influenciar/reforçar positivamente as evoluções terapêuticas que são conquistadas ao longo do processo, podendo assim ajudar num aumento de sentimentos de valorização e responsabilidade: *“É importante! É importante reforçar as evoluções que ela vai tento e no fundo dar-lhes essa valorização de um trabalho que é feito por ela. Exatamente, dar-lhe o retorno”* (G26-35,TA1). Ou simplesmente, através da devolução de um estímulo positivo (reforço) a um comportamento esperado, podendo assim influenciar no aumento da probabilidade da sua ocorrência: *“Considero fundamental! Um reforço positivo, de um comportamento adequado do cliente”* (G26-35,TA2). Igualmente, parece ser um fenómeno importante, ao qual o terapeuta pode recorrer sempre que observar uma mudança no cliente, por muito pequena que possa parecer, expressa em tom de elogio: *“(...) e esta se sentir reforçada quando alguma coisa correu um pouco melhor do que corria antes”* (G36-45,TC1). Da mesma forma, parece reforçar o cliente sempre que ele desempenhar o comportamento esperado, por tudo o que já conquistou, pelo seu esforço e dedicação, e por estar igualmente com capacidade para criar situações alternativas mais adaptativas e emocionalmente ajustadas: *“Portanto, acho que é importante dar o reforço de que as coisas estão a correr bem, que a pessoa fez um esforço ou que está a pensar em outro tipo de temáticas...”* (G36-45,TD2). É ainda salientada a sua importância para o processo de encorajamento e motivação do cliente, bem como parece ajudar o mesmo a ganhar força e confiança, promovendo a adoção de novas posturas de comportamento: *“Encoraja uma pessoa. Principalmente sendo eu uma pessoa com uma baixa autoestima, encoraja para fazer certas coisas”* (G18-25,CA1). Finalmente, é descrito como um fenómeno que parece influenciar o bem-estar do cliente uma vez que é descrito como algo que gostam muito de ouvir, fazendo com que se sintam muito bem e, muitas vezes, até aliviados: *“(...) quando me dizem que “sim é bom, tu conseguiste”, gosto bastante de ouvir isso (...) Uma pessoa sente-se muito melhor, claro!”* (G18-25,CA1). Por último, é algo que parece influenciar na superação de dificuldades, incentivando a mudança, evolução e crescimento: *“É o reforço positivo que a pessoa precisa para ultrapassar as suas*

*dificuldades e para continuar a evoluir alterando comportamentos, criando situações novas, estar perante novos desafios (...) para conseguir testá-los”* (G36-45,TD1). Em suma, podemos afirmar que é uma estratégia que parece reforçar positivamente a evolução terapêutica aumentando sentimentos de valorização e sentido de responsabilidade no cliente. Da mesma forma, ajuda a promover a repetição do comportamento esperado, já que, a partir do momento em que o cliente se sente reforçado, a sua tendência irá ser ir em busca de novo reforço, devendo este ser expresso em tom de elogio, mesmo que o comportamento seja o resultado de uma pequena ou grande mudança. Além de reforçar comportamentos, pode igualmente ser usada para elogiar o esforço, a dedicação e a capacidade que o cliente demonstra ter quando é mais assertivo, mais autónomo e mais eficaz. Uma vez que esta técnica promove EP, consequentemente parece ser impulsionadora de coragem e motivação para que o cliente mantenha ou até adote novas posturas de comportamento, mais adaptadas e emocionalmente ajustadas. Como consequência das EP que proporciona, esta técnica influencia positivamente no bem-estar, ajuda-o a superar dificuldades e incentiva a mudança, o crescimento e, consequentemente, a evolução terapêutica. Podemos assim concluir que os mecanismos de reforço e encorajamento aqui descritos são sentidos pelos clientes e terapeutas como agentes que motivam a mudança, promovem bem-estar e ajudam na evolução terapêutica.

A segunda subcategoria, Fortalece e gera confiança (6), foi descrita como um fenómeno que fortalece os clientes, uma vez que parece ajudar na criação de perspetivas mais eficazes e a desbloquear alguns mecanismos de manutenção da patologia: *“Esta pessoa estava muito fragilizada e precisava estar muito centrada no positivo para conseguir organizar alguma coisa”* (G36-45, TB1). Igualmente, parece influenciar positivamente a confiança e o orgulho do cliente, uma vez que o terapeuta elogia o seu comportamento e, consequentemente, parece aumentar o incentivo para manter e/ou melhorar o seu desempenho: *“Se eu consigo evoluir e o terapeuta se mostrar satisfeito com aquilo que eu alcancei, eu fico ainda mais satisfeita por estar à altura e para continuar por esse caminho”* (G36-45, CC2). Da mesma forma, é algo que parece influenciar no surgimento de um sentimento de reconhecimento por parte do cliente, ou simplesmente, parece fazer com que o cliente sinta o mérito do trabalho conquistado fora do espaço terapêutico, podendo ser reconhecido como um esforço que pode ser revelador de uma maior autonomia e sentido de responsabilidade: *“É muito importante, porque reconhece. É como se estivesse a reconhecer o mérito do trabalho que o cliente leva para casa”* (G36-45, CC2). Finalmente, é descrito como algo que parece aumentar a confiança entre terapeuta e cliente, podendo assim contribuir positivamente para a AT: *“Acho que é importante no sentido de criar uma relação de confiança com a pessoa. É como, no fundo, um reforço também na relação”* (G36-45, TC1). É igualmente referido pelos clientes, como um incentivo que parece ser de carácter favorável e importante, quando se trata de validar uma mudança de comportamentos que o cliente conseguiu adotar, e que eram sentidos como penosos/negativos por

ele: *“É lidar com algumas situações que eu considero que não são tão positivas, (...) e se temos um parecer favorável dos especialistas, é porque estamos a ir pelo caminho certo...”* (G36-45, CA2).

Em suma, podemos concluir que esta estratégia parece ajudar a fortalecer o cliente, uma vez que ajuda na criação de novas perspetivas mais eficazes, podem assim promover o desbloqueamento de alguns mecanismos de manutenção da patologia e, conseqüentemente, originar uma melhor organização interna. Da mesma forma, parece fazê-los sentirem-se confiantes e orgulhosos já que foram elogiados pelo seu comportamento, pela sua nova conquista ou evolução, sendo por isso um incentivo à mudança, bem como parece fazê-los sentirem-se reconhecidos e validados pelos atos conquistados, que podem ser o reflexo de maior autonomia e sentido de responsabilidade. É igualmente indicado como um fenómeno que parece reforçar a relação, aumentando a confiança na mesma, podendo assim influenciar positivamente a AT.

### 3.3.2 Impacto dos AF+

A categoria Impacto do feedback positivo - AF+ (13) foi dividida em duas subcategorias distintas: Gatilho para novas estratégias e validação (9) e Incentiva, revela interesse e aceitação (7).

A primeira subcategoria, mencionada moderadamente, Gatilho para novas estratégias e validação (9) foi referida como uma forma construtiva para exercer confronto com a problemática, promovendo o surgimento de novas reflexões, e favorecendo na toma de decisões mais eficazes, resolutas e assertivas: *“(...) eu fiz algum esforço no sentido de puxá-la para o presente e dizer-lhe que ela tem estratégias e outras formas de lidar com presente (...) que não teve no passado”* (G36-45,TB2). Igualmente, ao serem colocadas questões abertas que parecem promover a criação de outras visões da problemática, parece influenciar o cliente na criação de estratégias alternativas mais eficazes: *“Talvez não seja por aí, e se tentássemos outras abordagens?”, acho que ajuda a pessoa a abrir o leque de possibilidades, na experimentação ou na tentativa de arranjar outros comportamentos, outras posturas, outras formas de ela ver as questões* (G26-35,TA1). É vista também como uma forma que o terapeuta tem de validar comportamentos ajudando o cliente na avaliação dos seus comportamentos: *“Ouvir uma coisa positiva, eu vou pensar que aquilo que eu fiz está bem, está a correr tudo bem”* (G18-25,CA1). Parece ainda poder ajudar no processo de mudança, evolução e crescimento do cliente, uma vez que parece influenciar positivamente o seu sentido de responsabilidade ao longo do processo terapêutico: *“O impacto é sentir que eles têm na mão deles a possibilidade de eles crescerem com as aprendizagens que eles tenham, boas e más”* (G26-35,TA1). Finalmente, é referida como um processo que deve ter um caris consistente e contínuo, ajudando a que o cliente vá tomando consciência da sua própria mudança terapêutica ao longo do processo: *“Do tipo, que está a tomar conta do seu próprio processo, porque ele próprio também vai confirmando que antigamente fazia de uma maneira, e agora faz de outra”* (G26-35,TA2).

Podemos assim concluir que estamos perante uma subcategoria que, ao contrário das duas anteriores que reforçavam os comportamentos, esta parece entrar mais pelo caminho da orientação e validação, ajudando o cliente a abrir portas e a criar caminhos de maneira a chegar a novas descobertas. Foi descrita como um confronto construtivo que é utilizado através de questões abertas, de forma a ajudar o cliente a refletir sobre a problemática e a criar outras visões da mesma, promovendo a criação de estratégias alternativas mais eficazes e a capacidade para tomar decisões mais eficazes, resolutas e assertivas. Parece ser, igualmente, uma forma que o terapeuta tem de validar comportamentos, podendo assim influenciar positivamente a perceção do cliente relativamente à sua avaliação do comportamento, ajudando na clarificação de alguma distorção cognitiva que possa estar alterada por uma perceção mais enviesada. Podemos ainda afirmar que, uma vez que parece favorecer a clarificação da problemática, ajudando na criação de alternativas mais eficazes, parece, igualmente, ajudar na responsabilização do cliente pelas suas decisões, favorecendo assim o processo de evolução e crescimento ao longo do processo terapêutico. Finalmente, para que estes processos de mudança terapêutica sejam tomados de forma responsável e consciente, parece ser importante que a utilização desta estratégia seja de cariz consistente e contínuo, ao longo de todo o processo.

A segunda subcategoria, Incentiva, revela interesse e aceitação (7) mostrou igualmente uma frequência moderada, embora mais baixa que a anterior, e revela um incentivo que parece influenciar positivamente a autoconfiança do cliente e, consequentemente, ajuda a reforçar as suas conquistas e a motivar a superação das suas dificuldades: *“Vou fazer para que corra ainda melhor. Vou sair daqui, e vou dizer “agora vai correr ainda melhor”* (G18-25, CA1). Foi referida, igualmente, como uma forma que o terapeuta tem de se mostrar interessado em ouvir aquilo que o cliente tem para partilhar, bem como parece ajudar o cliente a sentir uma aceitação por parte do terapeuta, como se entendesse que é possível vivenciar as situações de outra forma, encarando o espaço terapêutico como um espaço de partilha livre e genuíno:

*“(...) está a mostrar interesse naquilo que nós estamos dispostos a partilhar”* (G18-25, CA1); *“(...) ajuda a pessoa a sentir uma aceitação e que é possível sentir coisas diferentes, é possível viver as coisas de outra forma e que o espaço terapêutico é um espaço de aceitação do outro e daquilo que o outro sente e representa na sua vida”* (G36-45, TB1).

Foi também mencionada como um estímulo que parece influenciar o bem-estar dos clientes, uma vez que os mesmos referiram sentirem-se bem após o seu uso: *“Acho fantástico! Eu acho que são todas muito importantes, pela positiva, no reforço positivo, sinto-me bem...”* (G36-45, CD1). Salientado, ainda, como algo de tal forma importante que, o facto do terapeuta devolver mais estímulos positivos, parece poder transformar toda a sessão em algo mais positivo: *“(...) se toda a sessão for num formato positivo, toda a sessão tem um aspeto positivo”* (G36-45, CA2). Os terapeutas mencionam-no como a importância de devolver ao cliente a

---

manifestação/entusiasmo decorrente de uma conquista/vitória alcançada pelo mesmo, num formato de elogio, valorizando todo o trabalho por ele dedicado a algo que, até então, parecia ser sentido como uma dificuldade/impossibilidade: *“Boa está a conseguir! Conseguiu! (...), faz reforçar aquilo que em tempos foi uma dificuldade e que depois foi ultrapassada, por trabalho dela”* (G26-35, TA1). Foi igualmente reportada como um estímulo que parece influenciar positivamente o sentimento de eficácia do cliente, podendo assim ajudar a diminuir o sentimento de insegurança e, conseqüentemente, torná-los mais seguros, reforçando a sua autoestima: *“Faz com que se sintam mais capazes e menos inseguros (...), e com uma autoestima mais reforçada”* (G36-45, TC1). Finalmente, foi descrita como algo que parece fazer com que o cliente sinta que o terapeuta está satisfeito com o seu empenho, fazendo-o sentir que vale manter esta dedicação: *“Reconhece que vale a pena o esforço que estão a fazer”* (G36-45, TD2).

Podemos assim concluir, estarmos perante uma subcategoria que parece incentivar o cliente e promover um sentimento de reconhecimento por parte do mesmo, através da revelação de interesse e aceitação por parte do terapeuta e influenciando positivamente os sentimentos de bem-estar e segurança, promovendo a mudança de comportamentos. Sendo uma subcategoria que parece incentivar positivamente o cliente, parece influenciar no aumento da sua autoconfiança e, conseqüentemente, motivar o cliente na superação das dificuldades, reforçando, igualmente, as suas conquistas. Da mesma forma, parece mostrar interesse e aceitação por parte do terapeuta, e ajudar o cliente a acreditar que existem outras formas de vivenciar as situações, e a encarar o espaço terapêutico como um espaço de partilha livre e genuíno, promovendo bem-estar no mesmo. Foi, igualmente, referida como uma estratégia que, quanto maior a sua utilização, maior a probabilidade de transformar as sessões em algo positivo, devendo ser usada em formato de elogio reforçando as conquistas do cliente, tornando assim consciente o processo de vitória pela mudança de algo que parecia ser sentido com uma dificuldade que foi ultrapassada, reforçando assim a sua autoestima e influenciando positivamente o sentimento de autoeficácia. Este tipo de estratégia, ao mostrar interesse e satisfação pela mudança por parte do terapeuta, parece encorajar o cliente a manter o seu processo de mudança, promovendo assim, um sentimento de segurança.

### 3.3.3 O que aproxima e distingue as RAC e AF+

Aqui serão apresentados os resultados relativamente às semelhanças e diferenças entre as duas categorias mais relevantes: Impacto das respostas orientadas para o sucesso - RAC (16) e Impacto do feedback positivo - AF+ (13). Ambas são orientadas no positivo, mas é visível que a primeira enfatiza mais as questões do reforço e a segunda as questões de validação.

### 3.3.3.1 O que as aproxima

As categorias Impacto das respostas orientadas para o sucesso - RAC (16) e Impacto do feedback positivo - AF+ (13) têm subtemas semelhantes em conjunto: Mudança, evolução e crescimento, Promove bem-estar, Reforça comportamentos, Incentiva, Valida e Reconhece. Vamos, em seguida, fazer uma análise de cada um deles.

#### Mudança, evolução e crescimento

Relativamente a este subtema, os AF+ contemplam a subcategoria Mudança, evolução e crescimento (3), que é descrita como um fenómeno que parece ajudar no processo de evolução e crescimento do cliente, uma vez que influencia positivamente o seu sentido de responsabilidade ao longo do processo terapêutico: *“O impacto é sentir que eles têm na mão deles a possibilidade de eles crescerem com as aprendizagens que eles tenham, boas e más”* (G26-35,TA1). Da mesma forma, é salientado como um processo que deve ser de cariz consistente e contínuo, podendo assim ter mais impacto no cliente ajudando a que este vá tomando consciência da sua própria mudança terapêutica: *“Do tipo, que está a tomar conta do seu próprio processo, porque ele próprio também vai confirmando que antigamente fazia de uma maneira, e agora faz de outra”* (G26-35,TA2), ajudando o cliente a tomar consciência da sua capacidade para continuar a evoluir sempre mais: *“Sentem que têm capacidade para evoluir mais, e é importante para as pessoas terem esse feedback positivo”* (G36-45, TD2). Para as RAC's, esta subcategoria Mudança, evolução e crescimento (3) retrata a capacidade que esta estratégia tem para influenciar na superação de dificuldades, incentivando a mudança e evolução:

*“É o reforço positivo que a pessoa precisa para ultrapassar as suas dificuldades, e para continuar a evoluir. Alterar comportamentos, criar situações novas, colocar a pessoa perante novos desafios, e a pessoa não ter medo para conseguir testá-los, e tentar”* (G36-45, TD1).

É interessante notar que este subtema é mais referido por terapeutas (4) que clientes (2), onde podemos concluir que os terapeutas parecem estar mais conscientes da importância daquilo que promove mudança terapêutica.

#### Promove bem-estar

Relativamente a este subtema, os AF+ têm a subcategoria de Bem-estar (1), descrita como um estímulo que parece influenciar o bem-estar do cliente uma vez que os mesmos referem sentirem-se bem após o mesmo: *“Eu acho que são todas muito importantes, pela positiva, no reforço positivo, sinto-me bem...”* (G36-45, CD1). Salientado, ainda, como algo de tal forma importante que, o facto do terapeuta devolver mais estímulos positivos pode transformar toda a sessão em algo mais positivo: *“Uma frase positiva... É o melhor impacto, acabo por*

*me estar a repetir um pouco, mas se toda a sessão for num aspeto positivo, toda a sessão tem um aspeto positivo.”* (G36-45, CA2). As RAC têm esta subcategoria com uma saturação ligeiramente superior, Bem-Estar (3) e relatam-na como um fenómeno que parece influenciar o bem-estar do cliente uma vez que os mesmos referem que gostam muito de o ouvir, fã-los sentirem-se muito bem e, por vezes, até aliviados: *“(…) quando me dizem que “sim é bom, tu conseguiste”, gosto bastante de ouvir isso (…). Uma pessoa sente-se muito melhor, claro!”* (G18-25, CA1).

É interessante notar que apenas os clientes referem este subtema. Parece assim, que este sentimento de bem-estar e de EP pode ser fundamental para impulsionar as suas motivações.

### Reforça comportamentos

Neste caso, os AF+ têm a subcategoria de Reforço de Comportamentos (1) com uma referência baixa e é nomeada apenas pelos terapeutas e descrita como a importância de devolver ao cliente a manifestação/entusiasmo decorrente de uma conquista/vitória alcançada pelo mesmo, num formato de elogio, tornando-o assim consciente e valorizando todo o trabalho por ele dedicado a algo que, até então, parecia ser sentido como uma dificuldade/impossibilidade: *“Boa, está a conseguir! (...) esse tipo de coisas, faz reforçar aquilo que em tempos foi uma dificuldade e que depois foi ultrapassada, por trabalho dela própria”* (G26-35, TA1). Já nas RAC, esta subcategoria foi mais mencionada, Reforço de Comportamentos (4), e da mesma forma que os AF+, é apenas referida por terapeutas, e descrita como um *feedback* importante que deve ser usado de uma forma contínua e consistente, podendo assim reforçar as evoluções que vão sendo conquistadas ao longo do processo terapêutico, e, consequentemente, ajudar na promoção de sentimentos de valorização e responsividade: *“É importante reforçar as evoluções que ela vai tento e no fundo dar-lhes essa valorização de um trabalho que é feito por ela”* (G26-35, TA1). Ou simplesmente, devolver um estímulo positivo de um comportamento que era esperado, promovendo assim uma maior probabilidade da sua ocorrência: *“Considero fundamental um reforço positivo de um comportamento adequado do cliente”* (G26-35, TA2). É ainda referida a importância em devolver um elogio sempre que houver uma mudança, por mais pequena que possa parecer: *“(…) e esta se sentir reforçada quando alguma coisa correu um pouco melhor do que corria antes”* (G36-45, TC1). E ainda, descrita como a capacidade para reforçar o cliente por estar a fazer um bom trabalho, pelo seu esforço e dedicação, por tudo o que já conquistou e por estar a conseguir criar situações alternativas mais adaptativas e emocionalmente ajustadas: *“(…) é importante dar o reforço de que as coisas estão a correr bem, que a pessoa fez um esforço ou que está a pensar em outro tipo de temáticas”* (G36-45, TD2).

É interessante notar que os AF+ apenas têm uma ocorrência para este subtema de reforço, predominando mais nas RAC. Da mesma forma, salientamos que apenas os terapeutas se referem a este subtema

podendo isto representar que os mesmos estão mais conscientes da importância do reforço para a evolução terapêutica.

### Incentiva

Para este subtema, os AF+ mencionaram esta subcategoria de uma forma baixa, Incentiva (2), e é referida como um incentivo que parece influenciar o cliente a um aumento de uma maior autoconfiança e, consequentemente, um reforço na crença de autoeficácia, promovendo a que o cliente vá ao encontro de novas descobertas/conquistas: *“Vou fazer para que corra ainda melhor. Vou sair daqui, e vou dizer “agora vai correr ainda melhor”* (G18-25, CA1). Para as RAC’, este subtema foi ligeiramente mais mencionado, através da subcategoria Encoraja e Motiva (3), e é salientada como um fator que parece influenciar a motivação do cliente: *“Muito motivante, sim”* (G36-45, CA2); *“Acho fantástico! Sempre pela positiva, e não pela negativa, é motivante, é a minha forma de estar!”* (G36-45, CD1), bem como parece influenciar no processo de encorajamento do mesmo, ajudando-o a ganhar força e confiança para manter e adotar novas posturas de comportamento: *“(…) encoraja para fazer certas coisas”* (G18-25, CA1).

Este subtema é nomeado, fundamentalmente, por clientes, onde apenas um terapeuta o referiu para os AF+, o que podemos concluir que parece ser uma característica de relevância para os clientes, por promover EP e incentivar a mudança.

### Valida

Relativamente a este subtema, os AF+ apresentaram uma subcategoria com uma frequência baixa, Validação (3), e é enfatizada como uma forma que o terapeuta tem de confirmar e devolver ao cliente os sentimentos e comportamentos que são adequados: *“Ouvir uma coisa positiva, eu vou pensar que aquilo que eu fiz está bem, está a correr tudo bem”* (G18-25, CA1). Para as RAC’s, este subtema tem uma saturação baixa, e é representado pela subcategoria Validação (1), reportada apenas por um cliente como um parecer que parece ser de carácter favorável e importante, por parte do terapeuta, quando se trata de validar uma mudança de comportamentos, que eram sentidos como penosos/negativos pelo cliente e o mesmo conseguiu ultrapassar/mudar: *“É lidar com algumas situações que eu considero que não são tão positivas, e se temos um parecer favorável dos especialistas, é porque estamos a ir pelo caminho certo...”* (G36-45, CA2).

Esta validação é fundamentalmente referida para os AF+, e, maioritariamente por clientes, onde apenas um terapeuta a mencionou. Assim, parece revelar a importância que os clientes atribuem ao fenómeno de validação de comportamentos (como se de uma orientação fidedigna se tratasse) podendo isto contribuir positivamente na autoconfiança e autoeficácia do cliente.

---



### Reconhece

Surge este último subtema, pouco mencionado para AF+, Reconhecimento do Esforço Dedicado (1), sendo esta subcategoria descrita como algo que parece ajudar o cliente a reconhecer que o terapeuta está satisfeito com o seu empenho, sendo assim um impulsionador para continuar esse esforço: “*Reconhece que vale a pena o esforço que estão a fazer*” (G36-45, TD2). Para as RAC’s, é um tema ligeiramente mais mencionado, Reconhecimento do Trabalho Conquistado (2) e é uma subcategoria referida como algo que parece promover o reconhecimento das conquistas por parte do cliente: “*É importante...é ótimo, porque de certa forma também sentimos o reconhecimento da pessoa...quando isso acontece, somos reconhecidos*” (G26-35,CB2), ou simplesmente, parece fazer com que o cliente sinta o mérito do trabalho conquistado fora do espaço terapêutico, podendo isto ser revelador de um esforço que representa uma maior autonomia e sentido de responsabilidade: “*Acho que é muito importante, porque reconhece...é como se estivesse a reconhecer o mérito do trabalho que o cliente leva para casa. E eu, pelo menos, sinto isso*” (G36-45, CC2).

É interessante notar que, nos AF+, o reconhecimento prende-se com o esforço dedicado e é referido apenas por um terapeuta, já nas RAC’s prende-se com o trabalho conquistado, ou seja, depois de se dar, efetivamente, a mudança do comportamento, sendo aqui apenas referido pelos clientes, podendo assim significar que os mesmos sentem este impacto do elogio pós mudança, com tudo o que isso implica de bem-estar e sentimentos de autoconfiança e autoeficácia, ingredientes fundamentais para manter a consistência da mudança.

Tabela 9

Distribuição das subcategorias em comum pelos AF+ e RAC

Subcategorias	AF+	RAC
Mudança, evolução e crescimento	3	3
Promove bem-estar	1	3
Reforça comportamentos	1	4
Incentiva	2	3
Valida	3	1
Reconhece	1	2

Nota. AF+ = Atos de fala positivos; RAC = Respostas ativas construtivas. Podemos observar diferenças na distribuição das subcategorias nos AF+ e RAC.

Observando as subcategorias da Tabela 9, podemos observar que os AF+ são fortes na Mudança, evolução e crescimento e Validação, seguindo-se Incentiva e finalmente, Bem-estar, Reforço e Reconhecimento. As RAC’s são fortes no Reforço de comportamentos, seguindo-se Mudança, evolução e crescimento, Bem-estar

e Incentiva ao mesmo nível, depois Reconhecimento e, finalmente, Validação. Se as compararmos entre si, podemos observar que ambas têm a mesma capacidade para promover Mudança, evolução e crescimento, mas as RAC's são mais fortes no Reforço de comportamentos, na capacidade de Promover bem-estar, de Incentivar (sendo este pouco acima dos AF+), e de fomentar o Reconhecimento. Já os AF+ têm mais capacidade para Validar comportamentos, alguma para Incentivar, mas pouco para promover Bem-estar, Reconhecimento e Reforço de comportamentos.

Tabela 10

*Distribuição das subcategorias comuns aos AF+ e RAC, pelos terapeutas e clientes*

Subcategorias	Terapeutas	Clientes
Mudança, evolução e crescimento	4	2
Promove bem-estar	0	5
Reforça comportamentos	5	0
Incentiva	1	4
Valida	1	3
Reconhece	1	2

*Nota.* Podemos observar diferenças na distribuição das subcategorias pelos terapeutas e clientes, sendo notório uma nomeação superior por parte dos clientes.

Na tabela anterior, observa-se que os terapeutas enfatizam mais o Reforço de comportamentos e a Mudança, evolução e crescimento, valorizando menos o aspeto Incentivador, Validante, de Reconhecimento, não mencionando o aspeto de Bem-estar. Já os clientes, dão mais importância ao Bem-estar, ao Incentivo e à Validação, e valorizam menos o aspeto do Reconhecimento e Evolução, mudança e crescimento, não mencionando a componente de Reforço.

### 3.3.3.2 O que as distingue

Falámos nas características que as aproximam, tendo sido criados diferentes subtemas, vamos falar agora nas características que as distinguem, sendo estas exclusivas para cada uma: Impacto das respostas orientadas para sucesso – RAC's (16) e Impacto do feedback positivo - AF+ (13).

A categoria Impacto das respostas orientadas para sucesso – RAC's (16) apresentam três subcategorias: Denota orgulho (2), Fortalece os clientes (2) e Aumenta confiança na relação (1).

Quanto à subcategoria Denota orgulho (2), esta foi descrita como um estímulo que parece influenciar no sentimento de orgulho por parte do cliente, uma vez que o terapeuta elogia o seu comportamento, podendo

isto aumentar o incentivo para manter e/ou melhorar o seu desempenho: *“Se eu consigo evoluir e se o terapeuta se mostra satisfeito com aquilo que eu alcancei, eu fico ainda mais satisfeita por estar à altura e por continuar por esse caminho”* (G36-45, CC2); *“Acho que ficamos, principalmente, orgulhosos de nós mesmos”* (G26-35, CB2). De notar que este sentimento de orgulho foi apenas referido pelos clientes. Relativamente à subcategoria Fortalece os clientes (2) esta refere-se à capacidade que tem para promover sentimentos e/ou EP que podem ajudar a abrir novas perspetivas mais eficazes, e, conseqüentemente, originar uma melhor organização interna, mesmo quando os clientes estão mais fragilizados: *“Estava muito fragilizada e precisava estar muito centrada no positivo para conseguir organizar alguma coisa”* (G36-45, TB1); *“Era uma pessoa que estava muito deprimida, muito ansiosa e senão fossemos buscar os aspetos positivos ela perdia-se completamente...”* (G36-45, TB2). Foi nomeada apenas por terapeutas sendo assim uma perceção exclusiva deles. Terminamos com a subcategoria Aumenta confiança na relação (1), pouco referenciada, e mencionada como algo que influencia positivamente o grau de confiança entre terapeuta e cliente, reforçando o vínculo terapêutico: *“Acho que é importante no sentido de criar uma relação de confiança com a pessoa. É como, no fundo, um reforço também na relação”* (G36-45, TC1). Igualmente, nomeada apenas por uma terapeuta.

A categoria Impacto do feedback positivo - AF+ (13) apresenta três subcategorias: Estratégias alternativas mais eficazes (4), Denota interesse e aceitação (2) e Segurança (1).

Quanto à subcategoria Estratégias alternativas mais eficazes (4), de saturação moderada, foi nomeada como uma forma construtiva de confronto com a problemática, por parte do terapeuta, que parece influenciar positivamente o cliente no surgimento de uma reflexão e, conseqüentemente, na tomada de decisões mais eficazes, resolutas e assertivas:

*“(...) ela ter que se centrar no agora, no dia-a-dia, é uma pessoa que está muito centrada passado e nas situações mais traumáticas que viveu e, portanto, eu fiz algum esforço no sentido de puxá-la para o presente e dizer-lhe que ela tem estratégias e outras formas de lidar com presente, portanto, tem uma série de fatores positivos que não teve no passado”* (G36-45, TB2).

Igualmente, ao serem colocadas questões abertas orientadas para a solução, parece influenciar o cliente na criação de estratégias alternativas mais eficazes:

*“Talvez não seja por aí. E se tentássemos outras abordagens?”, acho que a pessoa abrir o leque de possibilidades dela, na experimentação ou na tentativa de arranjar outros comportamentos, outras posturas, outras formas de ela ver as questões”* (G26-35, TA1).

Esta subcategoria foi nomeada por dois clientes e dois terapeutas, mostrando assim ser relevante para ambos. Segue-se a subcategoria Denota interesse e aceitação (2) de referência baixa e avaliada como uma forma que o terapeuta tem de se mostrar interessado em ouvir aquilo que o cliente tem para partilhar, bem como

parece ajudar o cliente a sentir uma aceitação por parte do terapeuta, e a encarar o espaço terapêutico como um espaço de liberdade e genuinidade:

*“(...) está a mostrar interesse naquilo que nós estamos dispostos a partilhar. E acho isso bastante importante”* (G18-25, CA1); *“Acima de tudo, eu acho que ajuda a pessoa a sentir uma aceitação, é possível sentir coisas diferentes, é possível viver as coisas de outra forma e que o espaço terapêutico é um espaço de aceitação do outro e daquilo que o outro sente e representa na sua vida”* (G36-45, TB1).

Esta subcategoria é referida equitativamente pelos dois, terapeuta e cliente.

Terminamos com a subcategoria Segurança (1), pouco referenciada, e mencionada como um estímulo que parece influenciar positivamente o sentimento de eficácia do cliente, podendo assim ajudar a diminuir o sentimento de insegurança e, conseqüentemente, torná-los mais seguros, reforçando a autoestima: *“Faz com que se sintam mais capazes e menos inseguros. Mas seguros, e com uma autoestima mais reforçada, obviamente...”* (G36-45, TC1), referida apenas por um terapeuta, sendo assim um fenómeno exclusivo para eles.

Tabela 11

Distribuição pelos AF+ de RAC das suas subcategorias distintas

Subcategorias	AF+	Subcategorias	RAC
Estratégias alternativas mais eficazes	4	Orgulho	2
Denota interesse e aceitação	2	Fortalece os clientes	2
Segurança	1	Aumenta confiança na relação	1

Nota. AF+ = Atos de fala positivos; RAC = Respostas ativas construtivas.

Se olharmos para as suas diferenças, os AF+ são mais fortes nas Estratégias alternativas mais eficazes, seguindo-se Denota interesse e aceitação e, finalmente, Segurança. As RAC's são mais fortes no Orgulho e Fortalece os clientes, seguindo-se Aumenta confiança na relação. Comparando as subcategorias, podemos observar que os AF+ valorizam mais as Estratégias alternativas mais eficazes, seguindo-se Denota interesse e aceitação, Orgulho e Fortalece os clientes com igual peso para AF+ e RAC's e, finalmente a Segurança e Aumento confiança na relação, também com igual peso para AF+ e RAC's, embora com pouca relevância.

Tabela 12

Distribuição das diferentes subcategorias em AF+ e RAC, pelos terapeutas e clientes

Subcategorias	AF+		Subcategorias	RAC	
	T	C		T	C
Estratégias alternativas mais eficazes	2	2	Orgulho	0	2
Denota interesse e aceitação	1	1	Fortalece os clientes	2	0
Segurança	1	0	Aumenta confiança na relação	1	0

Nota. AF+ = Atos de fala positivos; RAC = Respostas ativas construtivas; T = Terapeutas; C = Clientes.

Observando esta tabela quanto à importância que os terapeuta e clientes dão a cada uma destas subcategorias, podemos afirmar que os terapeutas enfatizam mais as Estratégias alternativas mais eficazes e Fortalece os clientes valorizando menos Denota Interesse e aceitação, a Segurança, e o Aumento confiança na relação, não mencionando o Orgulho. Os clientes, dão mais importância às Estratégias alternativas mais eficazes, tal como os terapeutas, mas acrescentam a categoria Orgulho, seguindo-se apenas Denota Interesse e aceitação, e não mencionando a Segurança, Fortalece os clientes e Aumenta confiança na relação.

### 3.3.4 Relação entre AF+, RAC e RPC com eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria de sintomas

Neste capítulo, vamos apresentar os resultados das questões 5, 6 e 7 colocadas neste estudo: questão 5 – “Será que uma percentagem mais elevada de Atos de Fala Positivos, por parte do terapeuta ao longo do processo clínico, aparece associada a uma maior perceção de eficácia e rapidez na evolução do processo, bem como uma maior satisfação com a melhoria dos sintomas e evolução do processo terapêutico?”; 6 – “Será que uma percentagem mais elevada de Respostas Ativas Construtivas, por parte do terapeuta ao longo do processo clínico, aparece associada a uma maior perceção de eficácia e rapidez do processo, bem como uma maior satisfação com a melhoria dos sintomas e evolução do processo terapêutico?”; e 7 – “Será que uma percentagem mais elevada de Respostas Ativas Construtivas, comparativamente com Respostas Passivas Construtivas, aparece associada a níveis mais elevados de rapidez, eficácia do e satisfação com melhoria de sintomas e evolução do processo terapêutico?”. É importante informar que o *cut point* aqui escolhido foi no valor de 4, uma vez que a amostra é composta por um grupo de 8 clientes e outro grupo de 4 terapeutas com duas intervenções, e considerámos que metade de cada grupo seria indicativo de uma diferença merecedora da nossa reflexão. Importa ressaltar que a utilização de gráficos nesta secção serve apenas objetivos informativos não sendo indicador de nenhum tipo de significância estatística.

Vamos agora explicar como chegámos a estes valores. As médias dos AF+, RAC e RPC resultantes da análise estatística descritiva que foram apresentadas anteriormente (Tabela 1) foram importadas para dentro do programa NVIVO. Aqui, foram criadas as classificações para cada valor e atribuídos quatro intervalos para cada um originando o grupo Mto Baixo (0-25), o grupo Baixo (26-50), o grupo Médio (51-75) e o grupo Alto (76-100). Finalmente, foram criadas e executadas as respetivas matrizes de forma a verificar se as questões deste tema se verificavam (questões 5 e 6). Para responder à questão 7, comparámos os resultados da questão 6 (RAC) com os resultados das RPC.

Assim, vamos apresentar os gráficos do resultado das matrizes para AF+, RAC e RPC.

#### Atos de Fala Positivos (AF+)

Para esta categoria e para os dois grupos, terapeutas e clientes, esta questão não se verificou para nenhuma das condições: eficácia, rapidez, satisfação com processo e satisfação com melhoria dos sintomas.

#### Respostas Ativas Construtivas (RAC)

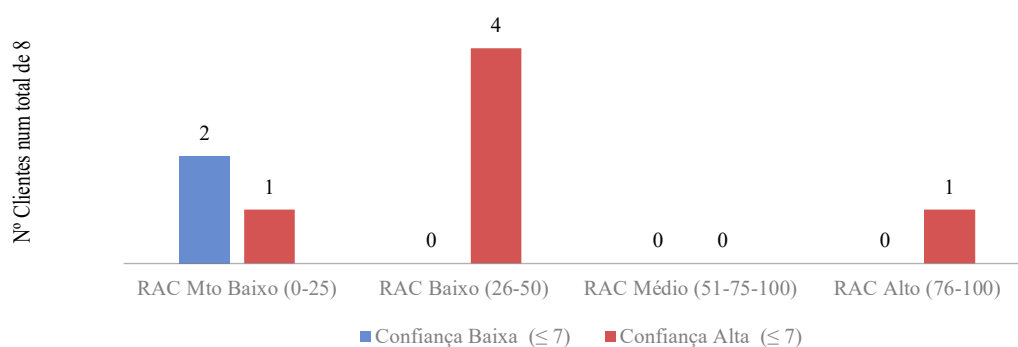


Figura 6. RAC = Respostas ativas construtivas.

Perceção de confiança dos clientes (Baixa e Alta) e RAC (Mto Baixo, Baixo, Médio, Alto).

A interpretação do gráfico acima revela uma diferença de 4 clientes no grupo de RAC Baixo (26-50), onde a Perceção de Confiança Alta é a mais elevada.

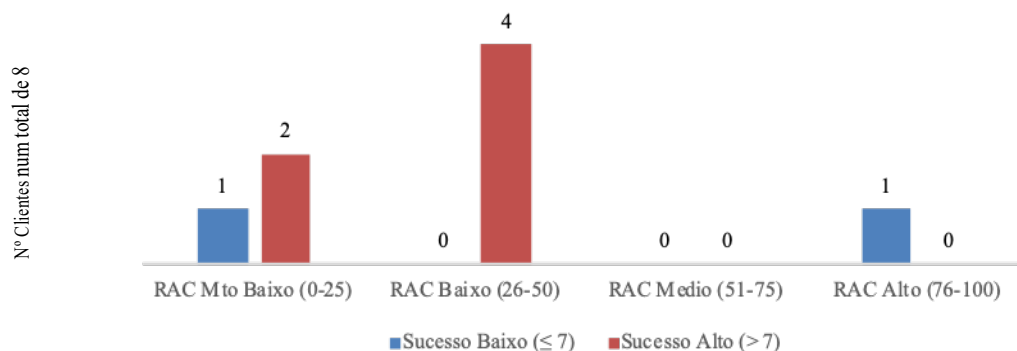


Figura 7. RAC = Respostas ativas construtivas.

Percepção de sucesso dos clientes (Baixa e Alta) e RAC (Mto Baixo, Baixo, Médio, Alto).

Interpretando este gráfico, podemos observar uma diferença de 4 clientes no grupo de RAC baixo (26-50), onde a Percepção de Sucesso Terapêutico Alta é a mais elevada.

Estes resultados parecem sugerir que, para o grupo dos clientes, há associação entre eficácia (sucesso e confiança) e RAC para o grupo Baixo (26-50), uma vez que as diferenças de grupos para sucesso e confiança correspondem ao valor mais alto.

No grupo dos terapeutas esta questão não se verificou para nenhuma das condições, e para o grupo dos clientes esta questão não se verificou para eficácia, rapidez, satisfação com a evolução do processo e melhoria de sintomas.

#### Respostas Passivas Construtivas (RPC)

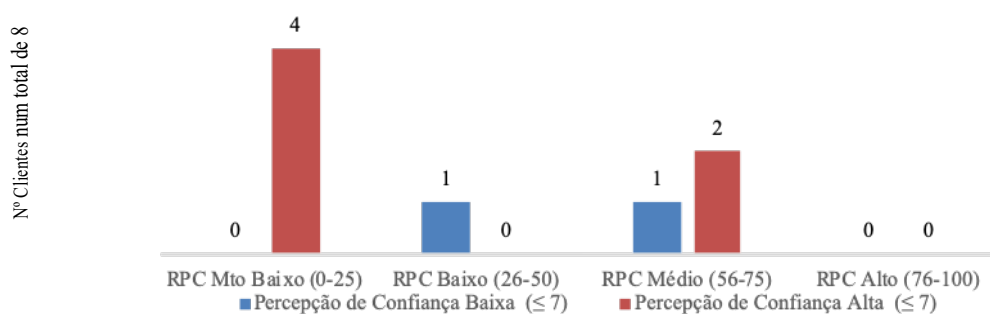


Figura 8. RPC = Respostas passivas construtivas.

Percepção de confiança dos clientes (Baixa e Alta) e RPC (Mto Baixo, Baixo, Médio, Alto).

Interpretando o gráfico acima, podemos observar uma diferença de 4 clientes no grupo de RPC Mto Baixo (0-25), onde a Percepção de Confiança Alta é a mais elevada. Estes resultados parecem sugerir que, para o grupo dos clientes, há uma associação entre confiança e RPC no grupo Mto Baixo (0-25).

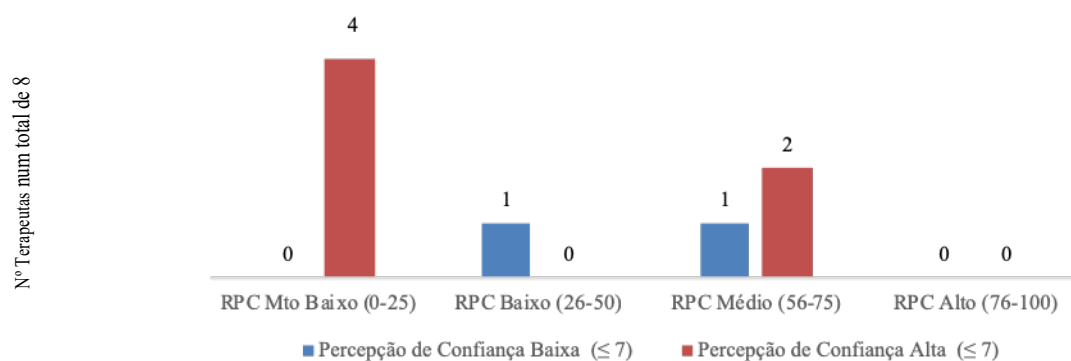


Figura 9. RPC = Respostas passivas construtivas.

Percepção de confiança dos terapeutas (Baixa e Alta) e RPC (Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto).

A interpretação deste gráfico mostra uma diferença de 4 terapeutas no grupo de RPC Mto Baixo (0-25), onde a Percepção de Confiança Alta é a mais elevada.

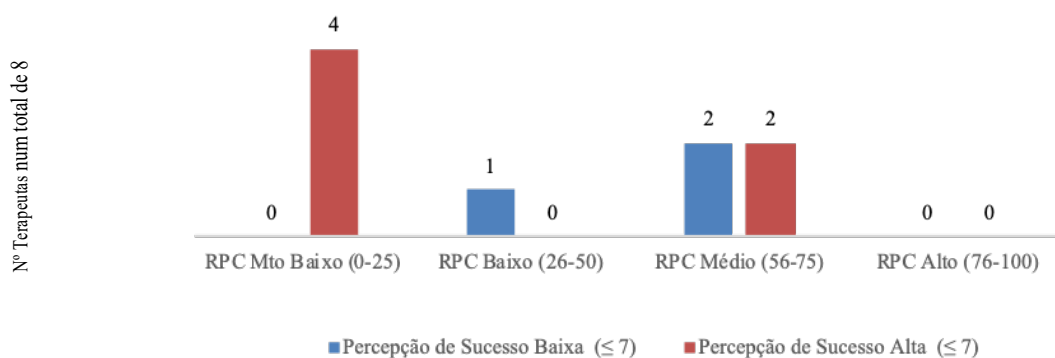


Figura 10. RPC = Respostas passivas construtivas.

Percepção de sucesso dos terapeutas (Baixa e Alta) e RPC (Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto)

Interpretando este gráfico, podemos observar uma diferença de 4 terapeutas no grupo de RPC Mto Baixo (0-25), onde a Percepção de Sucesso Alta é a mais elevada.

Estes resultados parecem sugerir que, para o grupo dos terapeutas, há uma associação entre eficácia (sucesso e confiança) e RPC no grupo Mto Baixo (0-25), uma vez que as diferenças de grupos para confiança e



sucesso correspondem ao valor mais alto e têm uma diferença de 4 participantes. Quanto à rapidez, satisfação com o processo e melhoria dos sintomas, esta questão não se verificou para os clientes e para os terapeutas.

#### RAC e RPC – Comparação de grupos

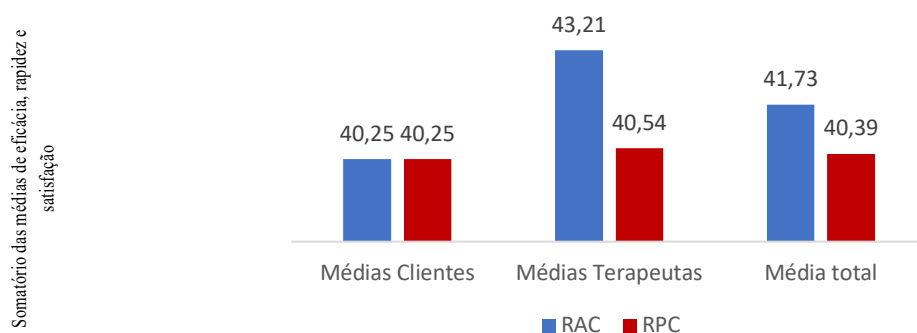


Figura 11. RAC = Respostas ativas construtivas; RPC = Respostas passivas construtivas.

Distribuição das categorias RAC e RPC pelos clientes e terapeutas, no seu valor médio de (eficácia, rapidez e satisfação).

A construção deste gráfico teve como objetivo responder à questão 8 deste tema “Será que uma percentagem mais elevada de Respostas Ativas Construtivas, comparativamente com Respostas Passivas Construtivas, aparece associada a níveis mais elevados de eficácia, rapidez e satisfação com melhoria de sintomas e evolução do processo terapêutico?”. Uma vez que a perceção de eficácia e os níveis de satisfação variam entre terapeutas e clientes, decidimos apresentar os resultados em separado.

Assim, podemos observar que, para os clientes, a perceção de eficácia e satisfação de RAC (40,25) e RPC (40,25) é igual. No caso dos terapeutas, há uma perceção mais elevada de RAC (43,21) que RPC (40,54). Para os dois grupos, clientes e terapeutas, a perceção de eficácia e satisfação é maior para RAC (41,73) que RPC (40,39). Estes resultados parecem sugerir que os terapeutas percecionam as RAC como mais eficazes e satisfatórias que RPC e os clientes percecionam-nas como igualmente eficazes. De uma maneira geral, podemos afirmar que as RAC são percecionadas como mais eficazes e satisfatórias quando comparadas com RPC.

Vamos, em seguida, passar à descrição dos resultados do terceiro tema.

### 3.4 TEMA 3: O IMPACTO DO *FEEDBACK* NEGATIVO, NEUTRO E DAS RESPOSTAS ORIENTADAS PARA A PROBLEMÁTICA

<p><b>IMPACTO DAS RESPOSTAS ORIENTADAS PARA A PROBLEMÁTICA (15)</b></p> <p><u>Ajuda a gerir angústias (12)</u> - estratégia que parece ajudar a identificar, compreender e lidar com angústias, facilitando o reconhecimento e aceitação da problemática, razão que trouxe a cliente à consulta. Assim, através da tomada de consciência desta problemática e identificando as fragilidades, o cliente poderá ficar mais preparado para as enfrentar. Igualmente, parece ser uma estratégia que ajuda a ressignificar as temáticas, a criar novas alternativas construtivas e mais eficazes, promovendo assim mudança e evolução terapêutica.</p> <p><u>Denota interesse e fomenta a partilha (5)</u> - parece fomentar a partilha de temáticas mais difíceis e tem características apoiantes e orientadoras que são fundamentadas pela manifestação de interesse para ouvir por parte do terapeuta.</p>
<p><b>IMPACTO DE ATOS DE FALA NEGATIVOS (13)</b></p> <p><u>Confronta e estimula questionamento (13)</u> - uma estratégia que parece ajudar a confrontar o cliente com temáticas mais difíceis, fomentando um aumento do seu esforço para a concretização dos objetivos terapêuticos, bem como um questionamento dessas temáticas, ajudando no seu processo de crescimento e evolução terapêutica. Embora seja identificada com uma carga negativa por ser de cariz confrontativo, expondo mais a fragilidade/dificuldade/medo do cliente, sendo assim de maior exposição, parece ser encarada como algo construtivo por estar associada aos objetivos terapêuticos a concretizar, bem como ajudar a reconhecer e a interiorizar as fragilidades/dificuldades/medos por parte do cliente, promovendo assim a sua aceitação, reconhecimento e, consequentemente, estimulando a mudança positiva. Finalmente, é referida como uma estratégia que parece ajudar na orientação do cliente a adotar o comportamento mais adequado, sendo sentida como algo que é validante.</p> <p><u>Deve ser dito num formato construtivo (7)</u> - alerta para os cuidados a ter quando se usa esta técnica, apontando para o facto de ter que ter um formato construtivo ou ser usado em conjunto com <i>feedback</i> positivo e isenta de julgamentos ou condenação, para que possa ter impacto positivo, caso contrário, se dito num formato negativo e menos construtivo, parece ter um impacto negativo no cliente, e como consequência quebrar a relação terapêutica, acabando por afastar o cliente da terapia.</p>
<p><b>IMPACTO <i>FEEDBACK</i> NEUTRO (9)</b></p> <p><u>Temáticas menos valorizadas (5)</u> - estratégia que pode ser usada para temáticas menos importantes, que não fazem parte do plano terapêutico ou que os clientes não estão preparados para se confrontar</p> <p><u>Promove reflexão e crescimento (4)</u> - por outro parece promover reflexão e crescimento, sendo encarada como um incentivo para que o cliente se esforce para atingir os objetivos de forma autónoma.</p>

Figura 12. Quadro síntese das categorias e subcategorias que integram o Tema 3, com as respetivas quantificações (número entre parênteses) e definições operacionais.

Vamos agora iniciar a descrição dos resultados qualitativos relativamente ao Tema 3, sintetizados no Anexo X. Recordamos a escolha de alguma formatação, escolhida para facilitar a sua leitura: todas as categorias e subcategorias serão apresentadas em sublinhado, com a respetiva frequência entre parenteses e os exemplos de citações em itálico. Relativamente à nomenclatura utilizada, às categorias principais denominámo-nos de “categorias” e às subseqüentes, “subcategorias”.

Este tema agrega as reflexões dos participantes sobre o impacto dos atos de fala negativos, do *feedback* neutro e das respostas orientadas para a problemática. Nesta secção iremos apresentar os resultados da análise de dados com a respetiva saturação das categorias e subcategorias emergentes, de acordo com três das oito áreas principais da entrevista, mas agora apenas focada no aspeto negativo, neutro e na problemática: 2) Comunicação orientada para a problemática, onde o objetivo será o de avaliar o impacto na partilha das problemáticas; 3) Impacto frase negativa e impacto de frase neutra, com o objetivo de avaliar mudanças emocionais e comportamentais através da perceção dos atos de fala negativos e neutros; e 4) Avaliação da perceção de sucesso e confiança, com o objetivo de avaliar como se relacionam com as diversas dimensões e são percecionadas ao nível da eficácia terapêutica.

Pretendemos com isto dar resposta às questões 8, 9 e 10 desta investigação: 8 – “De que forma AF-, *feedback* neutro e o foco nos problemas são percecionados e podem facilitar e/ou dificultar a evolução do

processo terapêutico? “; 9 – “Até que ponto o foco real nos sucessos mais que nos problemas, podem tornam o processo terapêutico subjetivamente mais eficaz, rápido e satisfatório ao nível da evolução de sintomas e rapidez do processo?”; 10 – “Até que ponto a percepção de maior foco nos sucessos que problemas podem tornar o processo terapêutico subjetivamente mais eficaz, rápido e satisfatório ao nível da evolução de sintomas e rapidez do processo?”. Foram, igualmente, importados os dados com os totais resultantes da classificação das 40 sessões (5 sessões para cada diáde), e relacionados com as questões da entrevista, de forma a responder à questão 9 desta investigação.

No presente estudo, emergiram três categorias principais, onde a mais nomeada foi Impacto das respostas orientadas para a problemática (15), seguida do Impacto dos atos de fala negativos (13) e, finalmente, Impacto do feedback neutro (10), tendo cada uma delas subcategorias agregadas.

A primeira, Impacto das respostas orientadas para a problemática (15), de nomeação elevada, foi descrita como um fenómeno que parece ajudar o cliente a identificar, elaborar e ressignificar as suas problemáticas e, conseqüentemente, a criar novas estratégias alternativas mais construtivas e eficazes. A segunda, Impacto dos atos de fala negativos (13) embora com uma nomeação menor que a primeira, no entanto, igualmente elevada, é uma categoria que parece refletir uma forma que o terapeuta tem para confrontar e questionar, ajudando no reconhecimento de erros e estimulando a mudança. Finalmente, a terceira e última, de nomeação moderada, Impacto do feedback neutro (10), parece refletir estratégias que devem ser usadas em temáticas menos valorizadas, ajudando a uma maior reflexão e crescimento, mas, paradoxalmente, parece igualmente poder mostrar desinteresse e acabar por ser sentida como abandonada.

#### 3.4.1 Impacto das ROP

A categoria Impacto das respostas orientadas para a problemática (15) foi dividida em duas subcategorias distintas: Ajuda a gerir angústias (12) e Denota interesse e fomenta partilha (5).

A primeira, com uma frequência elevada, Ajuda a gerir angústias (12) foi descrita como uma estratégia que parece ajudar a identificar, compreender e lidar com angustias promovendo o reconhecimento e aceitação da problemática: “(...) *E no fundo, leva-as a que tenham consciência de que a parte negativa, as partes menos boas, ou insucessos e os fracassos, também fazem parte da vida delas*” (G26-35,TA1). Foi, igualmente, identificado como algo que parece trabalhar aquilo que representa a razão do pedido de ajuda, aquilo que levou o cliente à terapia: “(...) *no fundo acaba por ser esse o motivo da nossa preocupação... e é isso que nós queremos resolver, esse conflito que temos dentro de nós*” (G26-35,CB2). Parece ainda, ajudar o cliente a tomar consciência do problema e a identificar as fragilidades de forma a poder estar mais preparado para as enfrentar: “*Centrar a pessoa naquilo que também são as suas fragilidades, e de consciencializá-las, interiorizá-las para poder ‘tratá-las por tu’.*” (G26-35,TA2). Também foi referida como uma estratégia que tende a ajudar a

ressignificar as temáticas que trouxeram o cliente à consulta: “Ajuda a ter uma postura positiva perante a situação e até a evoluir na nossa vida (...) pois se nós continuarmos a olhar numa postura diferente e destrutiva, e se ninguém nos ajudar a ver e analisar essa situação...” (G36-45,CA2) e, igualmente, parece ajudar a criar novas alternativas construtivas e mais eficazes: “(...) para a pessoa compreender aquilo que se passa com ela, ter novas aberturas, novas abordagens sobre o tema, começar logo a olhar para as coisas de uma forma mais abrangente, por isso acho que é muito importante” (G36-45,TD2), ajudando assim na promoção da mudança e evolução terapêutica: “É trabalhando esse fator que conseguimos chegar a uma evolução e fazer com que a pessoa tenha alguns comportamentos e atitudes que nos permitam mais tarde, vir a reforçar que é ótimo e que esteve muito bem” (G36-45,TC1). Podemos assim concluir que esta subcategoria foi descrita como uma estratégia que parece ajudar a identificar, compreender e lidar com angústias, facilitando o reconhecimento e aceitação da problemática, razão que trouxe o cliente à consulta. Assim, através da tomada de consciência desta problemática e identificando as fragilidades, o cliente poderá ficar mais preparado para as enfrentar. Igualmente, parece ser uma estratégia que ajuda a ressignificar as temáticas, a criar novas alternativas construtivas e mais eficazes, podendo assim ajudar na mudança e evolução terapêutica.

A segunda, Denota interesse e fomenta partilha (5) foi pouco mencionada e foi retratada como uma subcategoria que parece denotar interesse e disponibilidade para ouvir por parte do terapeuta: “O terapeuta mostra interesse no problema da pessoa e está disposto a ouvir tudo o que a pessoa tem para dizer (...)” (G18-25,CA1). Igualmente descrito como algo que parece fomentar a partilha por parte do cliente, promovendo um sentimento de apoio e orientação: “Ajuda-nos a deitar cá para fora aquilo que nós anteriormente não conseguimos deitar sozinhos (...) Quando eu falo em certas coisas negativas, a doutora dá-me apoio. Acho que me encaminha (...)” (G36-45,CA2). Em suma, podemos afirmar que esta subcategoria parece fomentar a partilha de temáticas mais difíceis, bem como parece ter características apoiantes e orientadoras, que são fundamentadas pela manifestação de interesse para ouvir, por parte do terapeuta.

Tabela 13

Distribuição das subcategorias das “Respostas orientadas para a problemática” pelos terapeutas e clientes

Subcategorias	Terapeutas	Clientes
Ajuda a gerir angústias	4	4
Denota interesse e fomenta partilha	0	5

Nota. Nesta tabela podemos observar a importância que cada um dá, terapeutas e clientes, às diferentes subcategorias.

Podemos assim afirmar que terapeutas e clientes enfatizam, igualmente, o aspeto de Ajuda a gerir angústias, mas apenas os clientes dão importância à subcategoria Denota interesse e fomenta partilha.

### 3.4.2 Impacto dos AF-

A categoria Impacto dos atos de fala negativos (15) foi dividida em duas subcategorias distintas: Confronta e estimula questionamento (13) e Deve ser dito num formato construtivo (7).

A primeira, reportada de uma forma elevada, Confronta e estimula questionamento (13) foi descrita como uma estratégia que parece confrontar o cliente, ajudando-o a questionar-se e a refletir sobre o tema, podendo fomentar assim, o seu crescimento e evolução terapêutica: *“Tem a ver com formas de confrontação da pessoa e obrigar a pensar sobre o tema. Às vezes temos de abanar um bocadinho a pessoa para ela se questionar”* (G36-45,TD1). Foi ainda apontada como algo que parece significar que o cliente tem que se esforçar mais para que se atinjam os objetivos do processo terapêutico: *“Significava que tinha que trabalhar mais...”* (G26-35,CB2). Descrita, igualmente, como uma estratégia que parece ajudar a reconhecer e interiorizar os erros, por parte do cliente, podendo assim, promover a aceitação dos mesmos e estimular a mudança positiva: *“Também é bom ouvir isso, se realmente o terapeuta tiver razão, e nós temos que admitir os nossos erros”* (G18-25,CA1); *“(…) existem demasiadas coisas que uma crítica provoca... dá assim aquele estímulo de lutador...A crítica também provoca algo de positivo”* (G36-45,CC2). Parece ainda ser algo que é negativo, mas é encarado como construtivo, uma vez que tem um objetivo positivo: *“Eu não vou considerar essa frase negativa. É uma frase dita pelo negativo, mas construtiva”* (G36-45,CA2). Foi também referida, como uma estratégia que parece ajudar a orientar o cliente no comportamento mais adequado, sendo sentida como algo que é validante: *“O terapeuta está mais dentro de assunto e é capaz de dizer melhor se aquilo está incorreto ou correto. Nós às vezes agimos e nem estamos a pensar se está bem ou se está mal”* (G18-25,CA1). Resumindo, podemos definir esta subcategoria como uma estratégia que parece ajudar a confrontar o cliente com temáticas mais difíceis, podendo fomentar um aumento do seu esforço para a concretização dos objetivos terapêuticos, bem como um questionamento dessas temáticas, ajudando no seu processo de crescimento e evolução terapêutica. Embora seja identificada com uma carga negativa por ser de cariz confrontativo e expõe mais a fragilidade/dificuldade/medo do cliente, parece ser encarada como algo construtivo por estar associada aos objetivos terapêuticos a concretizar, bem como ajudar a reconhecer e a interiorizar as fragilidades/dificuldades/medos por parte do cliente, promovendo assim a sua aceitação, reconhecimento e, conseqüentemente, ajudando a estimular a mudança positiva. Finalmente, foi referida como uma estratégia que parece ajudar na orientação do cliente a adotar o comportamento mais adequado, sendo sentida como algo que é validante.

A segunda, com um grau de saturação moderada, Deve ser dito num formato construtivo (7) foi referida como algo que, para ter impacto positivo, deve ser dito num formato construtivo: “*Depende de como é dito. Não diria “Não estou orgulhosa de si”, digo sempre “Poderia ter feito melhor, vamos pensar noutra alternativa”*” (G26-35,TA2), ou contrabalançando com *feedback* positivo: “*Se a pessoa tem atitudes ou comportamentos que nós consideramos que foi positivo, e depois por outro lado temos problemas e conflitos, e optamos por só falar destes últimos, isso será obviamente negativo, mas se fizermos as duas coisas terá um impacto positivo*” (G36-45,TC1). Ao contrário, se dito num formato negativo e menos construtivo, parece ter um impacto negativo no cliente, podendo quebrar a relação terapêutica, afastando-o da terapia: “*Se frase negativa o impacto é desastroso...*” (G36-45,TB2); “*Quebra a AT*” (G36-45,TB1). Resumindo, parece estarmos perante uma subcategoria que alerta para os cuidados a ter quando se usa esta técnica, os AF-, esclarecendo que, para que possa ter impacto positivo, deve ter um formato construtivo, ou ser usada em conjunto com *feedback* positivo, caso contrário, se usada num formato negativo e menos construtivo, pode ter um impacto negativo no cliente, e como consequência, quebrar a relação terapêutica, acabando por afasta-lo da terapia.

Tabela 14

Distribuição das subcategorias do “Impacto dos atos de fala negativos” pelos terapeutas e clientes

Subcategorias	Terapeutas	Clientes
Confronta e estimula questionamento	7	6
Deve ser dito num formato construtivo	5	2

*Nota.* Olhando para a importância que cada terapeutas e clientes dão às diferentes subcategorias, podemos observar algumas diferenças.

Como se pode observar na tabela anterior, os terapeutas enfatizam mais Confronta e estimula questionamento que os clientes, embora com uma diferença baixa. Relativamente à subcategoria Deve ser num formato construtivo, os terapeutas dão mais importância que os clientes, podendo isto significar que têm este cuidado mais presente.

### 3.4.3 Impacto do *Feedback* neutro

A categoria Impacto do *feedback* neutro (9) foi dividida em duas subcategorias distintas: Temáticas menos valorizadas (5) e Promove reflexão e crescimento (4).

Todas foram pouco mencionadas, no entanto, é interessante olhar para os resultados dispare. A primeira, Temáticas menos valorizadas (5) é descrita como uma estratégia que os terapeutas podem usar quando a temática apresentada representar algo neutro, ou seja, quando não faz parte do plano terapêutico ou não tem

influencia no processo: “*Não acrescenta nada*” (G36-45,TB2) ou para temáticas para as quais os clientes ainda não estão preparados para se confrontar: “*Às vezes tem que ser...às vezes temos que ser um bocadinho neutro porque sentimos que as pessoas não estão preparadas para abordar determinado tema e é necessário ‘deixar cair’*” (G36-45,TD2). A segunda, Promove reflexão e crescimento (4) retrata um incentivo para maior esforço e dedicação por parte do cliente, promovendo assim maior reflexão e, conseqüentemente, crescimento: “*É um incentivo (...) para dar espaço para que se esforce mais um bocadinho*”.

Fazendo um resumo das duas subcategorias, podemos afirmar que o impacto do *feedback* neutro parece representar duas ideias contraditórias. Se por um lado é descrita como uma estratégia que pode ser usada para temáticas menos importantes, que não fazem parte do plano terapêutico ou que os clientes não estão preparados para se confrontar, por outro parece promover reflexão e crescimento, sendo encarada como um incentivo para que o cliente se esforce para atingir os objetivos de forma autónoma.

Tabela 15  
Distribuição das subcategorias do “Impacto do *feedback* neutro” pelos terapeutas e clientes

Subcategorias	Terapeutas	Clientes
Temáticas menos valorizadas	5	0
Promove reflexão e crescimento	1	3

Nota. Observando a importância que cada um dá, terapeutas e clientes, às diferentes categorias, podemos afirmar algumas diferenças.

Nesta tabela, os terapeutas dão mais importância às Temáticas menos valorizadas, seguindo-se Promove reflexão e crescimento com um valor abaixo. Já os clientes, apenas enfatizam o aspeto Promove reflexão e crescimento e, embora não seja um valor elevado, dão mais importância que os terapeutas. Relativamente à subcategoria, Temáticas menos valorizadas, esta não é referida por nenhum cliente.

#### 3.4.4 Relação entre ROS e ROP com eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria de sintomas

Nesta secção, vamos responder à questão 9 colocada nesta investigação: 9 - “Até que ponto o foco real nos sucessos, mais que nos problemas, podem tornam o processo terapêutico subjetivamente mais eficaz, rápido e satisfatório ao nível da evolução de sintomas e rapidez do processo?”. Tal como no estudo anterior, o *cut point* escolhido foi no valor de 4, uma vez que a amostra é composta por um grupo de 8 clientes e outro grupo de 4 terapeutas com duas intervenções, e considerámos que metade de cada grupo seria indicativo de uma diferença merecedora da nossa reflexão. É igualmente importante ressaltar que a utilização de gráficos nesta secção serve apenas objetivos informativos não sendo indicador de nenhum tipo de significância estatística.

Vamos agora explicar como chegámos a estes valores. As médias do foco orientado para a problemática, sucesso e neutro, resultantes da análise estatística descritiva que foram apresentadas anteriormente (Tabela 1) foram importadas para dentro do programa NVIVO. Aqui, foram criadas as classificações para cada valor e atribuídos quatro intervalos para cada um originando o grupo Mto Baixo (0-25), o grupo Baixo (26-50), o grupo Médio (51-75) e o grupo Alto (76-100). Finalmente, foram criadas e executadas as respetivas matrizes de forma a verificar se a questão 9 deste tema se verificava.

#### Sucessos > Problemas

Após a execução das matrizes desta questão, os resultados não apresentaram diferenças relevantes para nenhum grupo, clientes e terapeutas, e para nenhuma condição: eficácia, rapidez e satisfação.

Por questões de curiosidade, optámos por testar se o inverso seria observável, ou seja, avaliar quando os problemas são superiores aos sucessos, mas os resultados não apresentaram valores merecedores da nossa reflexão, para nenhum grupo e nenhuma condição. Indo ainda ao encontro desta curiosidade, testámos se haveria resultados merecedores da nossa reflexão quando os sucessos eram iguais aos problemas, mas os mesmos não apresentaram valores relevantes.

#### 3.4.5 Relação entre PDS, PDP com eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria de sintomas

Vamos agora responder à questão 10 desta investigação, que difere da anterior por avaliar a perceção e não o valor real: 10 - “Até que ponto a perceção de maior foco nos sucessos que problemas podem tornar o processo terapêutico subjetivamente mais eficaz, rápido e satisfatório ao nível da evolução de sintomas e rapidez do processo?”. Foram criadas as respetivas matrizes de forma a verificar se a questão deste tema se verificava.

#### Perceção de Sucessos > Perceção de Problemas

Após a execução das matrizes desta questão, os resultados não apresentaram diferenças relevantes para nenhum grupo, clientes e terapeutas, e para nenhuma condição: eficácia, rapidez e satisfação.

Por questões de curiosidade, optámos por testar se o inverso seria observável, ou seja, avaliar quando a perceção de problemas é superior à perceção de sucessos, mas os resultados não apresentaram valores merecedores da nossa reflexão, para nenhum grupo e nenhuma condição. Indo ainda ao encontro desta curiosidade, testámos se haveria resultados merecedores da nossa reflexão quando os sucessos eram iguais aos problemas, e obtivemos algumas diferenças que apresentamos de seguida, no que diz respeito à perceção dos terapeutas.

---



### Percepção de Sucessos igual a Percepção de Problemas

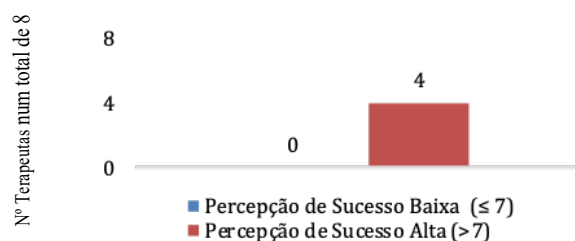


Figura 13. Percepção de sucessos igual a percepção de problemas com percepção de sucesso

Podemos observar uma diferença de 4 terapeutas quando a percepção de sucessos é igual à percepção de problemas, onde a percepção de sucesso no processo terapêutico alta é a mais elevada.

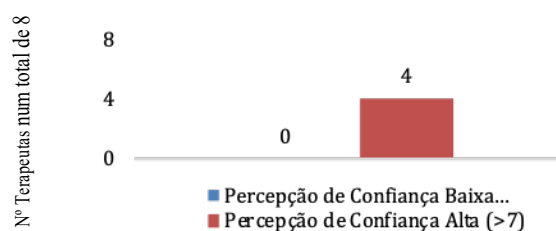


Figura 14. Percepção de sucessos igual a percepção de problemas com percepção de confiança

Podemos observar uma diferença de 4 terapeutas quando a percepção de sucessos é igual à percepção de problemas, onde a percepção de confiança no processo terapêutico alta é a mais elevada.

Estes resultados parecem sugerir uma associação entre eficácia e percepção de sucessos igual à percepção de problemas, o que parece revelar que, quando há equilíbrio entre as percepções, há uma tendência para perceber o resultado da terapia como eficaz, mas apenas para os terapeutas.

Vamos, em seguida, passar à descrição dos resultados do quarto tema.

### 3.5 TEMA 4: A EFICÁCIA DA TERAPIA, AS CAUSAS PARA O SEU SUCESSO E CONFIANÇA E AS (DES)SINTONIAS DAS PERCEÇÕES

<p><b>A EFICÁCIA DA TERAPIA</b></p> <p><u>Funciona muito bem (13)</u> - descreve a elevada satisfação dos participantes relativamente ao impacto que este tipo de intervenção teve.</p> <p><u>Funciona, mas requer alguns aspetos (5)</u> - Funciona, mas não em exclusividade, estando dependente de algumas questões, nomeadamente, da capacidade que o terapeuta tem para aplicar a sua sabedoria e experiência, ajustando-a a cada caso, a disponibilidade do cliente para a mudança, bem como a motivação e sentido de responsabilidade do mesmo</p> <p><b>CAUSAS PARA O SUCESSO E CONFIANÇA NO FUTURO DO PROCESSO TERAPÊUTICO</b></p> <p><b>SUCESSO</b></p> <p><b>Porque correu bem</b></p> <p><u>Porque está mais próximo do sucesso (9)</u> - Revelou que ambos, terapeutas e clientes, consideraram que o sucesso estava mais próximo do valor máximo (10) que do valor mediano (5).</p> <p><u>Porque houve boa evolução e aliança terapêutica (7)</u> - A evolução do cliente foi positiva e, nalguns casos, superou as expectativas iniciais. Esta classificação positiva foi referida, quer para os casos em que a evolução foi observável desde o início do processo, como para aqueles em que houve mais resistência à mudança, com evoluções menos consistentes.</p> <p><b>O que precisa ser melhorado</b></p> <p><u>Mais disponibilidade, insight e maturidade da cliente (9)</u> - para que a terapia pudesse ter mais sucesso, esta dependeria, acima de tudo, da melhoria de algumas características dos clientes.</p> <p><u>Manter acompanhamento e aumentar a periodicidade (6)</u>- a necessidade de se manter o processo terapêutico por mais tempo, já que cinco sessões não foram consideradas suficientes para realizar todos os objetivos e, igualmente, a necessidade em aumentar a periodicidade das sessões para aqueles casos que não tiveram uma frequência semanal.</p> <p><b>CONFIANÇA</b></p> <p><b>Porque correu bem</b></p> <p><u>Porque houve adesão, empenho e motivação (15)</u> - a razão pelo qual não foi dada uma pontuação abaixo parece ter a ver com uma boa adesão terapêutica por parte do cliente, tendo sido criada uma boa aliança com base na confiança, bem como considerarem que a cliente aderiu bem ao processo. É igualmente referido o empenho e a motivação que a cliente tem para atingir os seus objetivos, bem como a confiança que o terapeuta tem nos recursos da cliente, quer pela sua capacidade de <i>insight</i>, quer pela sua persistência em lutar pelos seus objetivos e ainda por ter flexibilidade na sua atitude perante as diversas situações. Finalmente, é salientado um aumento progressivo da confiança que a cliente tem nela própria ao longo do processo que se refletiu na suas decisões mais acertadas e estratégias adotadas mais adaptativas e emocionalmente ajustadas bem como a sua enorme satisfação com todo o processo e total confiança na terapeuta pela forma como o conduziu, não colocando sequer a possibilidade do mesmo não ser bem sucedido.</p> <p><b>O que precisa ser melhorado</b></p> <p><u>Não é preciso fazer mais nada (6)</u> - que reflete a total confiança no futuro do processo terapêutico, sendo que algumas já atribuíram a pontuação máxima.</p> <p><u>Manter terapia, assiduidade e reforçar aprendizagens (4)</u> - Podemos assim afirmar que o que teria que acontecer para subir meio ponto prende-se com a necessidade da cliente manter a sua assiduidade nas consultas de forma a trabalhar a consistência da mudança, através do reforços das novas aprendizagens, bem como a necessidade de mais tempo de terapia como forma de ajudar na maturação dos processos, quando se está perante alguém que ainda não é suficientemente maduro para se libertar de crenças menos funcionais e limitativas da sua autonomia e desenvolvimento.</p> <p><u>Cliente mais confiante e disponível (4)</u> - Podemos assim concluir que a razão que é explicada para poder subir meio ponto prende-se com a aspetos associados às características da cliente, nomeadamente, a necessidade da mesma acreditar mais nas suas competências e capacidades, bem como a mesma ter uma maior disponibilidade para a mudança, diminuindo uma postura mais defensiva, permitindo assim uma maior exposição e, consequentemente, aumentar a probabilidade de vivenciar novas aprendizagens, podendo assim usufruir de novas experiências emocionais corretivas.</p> <p><b>(DES)SINTONIAS DE PERCEÇÕES DE EFICÁCIA, RAPIDEZ E SATISFAÇÃO COM EVOLUÇÃO DO PROCESSO E MELHORIA DOS SINTOMAS</b></p> <p>Os resultados mostraram que a maioria das díades esteve em sintonia ao nível da satisfação com melhoria dos sintomas e evolução do processo, rapidez e percepção de eficácia (confiança e sucesso), à exceção da díade F, com distonia relativamente ao sucesso, e as díades C e H, com distonia quanto à confiança e sucesso (eficácia), e na satisfação com melhoria dos sintomas e sucesso, respetivamente.</p>
--

Figura 15. Quadro síntese das categorias e subcategorias que integram o Tema 4, com as respetivas quantificações (número entre parênteses) e definições operacionais.

Vamos iniciar a descrição dos resultados qualitativos do Tema 4, sintetizados na figura anterior. Recordamos a escolha de alguma formatação, escolhida para facilitar a sua leitura: todas as categorias e subcategorias serão apresentadas em sublinhado, com a respetiva frequência entre parenteses e os exemplos de citações em *itálico*. A referência às díades será feita em formato **negrito**. Relativamente à nomenclatura utilizada, às categorias principais denominámo-nos de “categorias”, não apresentando qualquer subcategoria. Este tema

agrega as reflexões dos participantes sobre a utilidade e eficácia da abordagem psicoterapêutica, sobre as causas que atribuíram para o seu sucesso e confiança no futuro do processo terapêutico, bem como a avaliação das (des)sintonias das percepções de eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria dos sintomas.

Nesta secção iremos apresentar os resultados da análise de dados com a respetiva saturação das categorias emergentes, de acordo com quatro das oito áreas principais da entrevista, agora focadas na avaliação da percepção e satisfação com o processo terapêutico, com o impacto da terapia e com a descrição das causas para o sucesso e confiança no futuro do processo terapêutico: 1) Satisfação com o processo no geral e tendo em consideração o fator temporal, de forma a podermos avaliar o grau de satisfação e como se relaciona com outras dimensões; 4) Avaliação de Sucesso e Confiança, será uma avaliação mais quantitativa, medida através de uma escala tipo Likert, que varia de 1 a 10 (1- Sem confiança/sucesso; 10 - Total confiança/sucesso), de forma a podermos avaliar a percepção de eficácia da terapia e como se relaciona com outras dimensões; 5) Descrição dos motivos que levaram os terapeutas e clientes a dar determinada pontuação às escalas de sucesso e confiança na terapia; e 8) Avaliar se clientes e terapeutas consideram que este tipo de abordagem é útil e eficaz. Pretendemos com isto dar resposta às questões 11, 12 e 13 desta investigação: 11 – “De que forma é percecionada a eficácia da psicoterapia?”, 12 – “De que forma são percecionadas as causas para o sucesso da terapia e para a confiança no futuro do processo terapêutico?”, 13 – “Haverá sintonia entre os terapeutas e clientes de cada díade no que diz respeito às avaliações de percepção de eficácia, rapidez e satisfação com evolução e melhoria dos sintomas?”.

### 3.5.1 A eficácia da terapia na perspetiva do participante

No final do IA, foi perguntado aos participantes se consideravam que este tipo de intervenção foi útil e eficaz, tendo este item originado duas categorias: Funciona muito bem (13), Funciona, mas requer alguns aspetos (5).

A primeira, bastante reportada, Funciona muito bem (13) descreve a enorme satisfação dos sujeitos relativamente ao impacto que este tipo de intervenção teve: “*Que sim, claro que sim. Funciona lindamente!*” (G18-25, CB1); “*Pode não resultar diretamente no sucesso pretendido pela própria, mas que funciona, funciona. E muito bem!*” (G26-35, TA1). A segunda, pouco mencionada, Funciona mas requer alguns aspetos (5) refere-se a alguns aspeto que é necessário ter em consideração para que a terapia funcione, ou seja, de acordo com alguns participantes, este tipo de intervenção funciona, mas não em exclusividade, estando dependente de algumas questões, nomeadamente, da capacidade que o terapeuta tem para aplicar a sua sabedoria e experiência ajustando-a a cada caso: “*(...) numas falo mais, noutras falo menos, numas aprofundo mais que outras, depende daquilo que as pessoas precisam*” (G26-35, TA1), a disponibilidade do cliente para a mudança: “*(...) eu sou a vitima, o mundo está todo contra mim (...) destruir este tipo de imagem e construir tudo de novo é uma coisa complicada, é preciso que esteja disponível (...)*” (G36-45, TD2), requer motivação da cliente: “*Eventualmente*

*porque aquilo que é básico em qualquer terapia é a motivação (...) não sei até que ponto sem internamento, se estes ganhos secundários forem postos em causa, se ela está disponível, de facto*” (G26-35, TD2) e um sentido de responsabilidade do mesmo *“(...) eu estou disposta a tentar o meu melhor, não é? Depois, há uma responsabilidade que é do outro*” (G36-45, TD2). Finalmente, foi referido pelos clientes que, o simples facto de poderem falar deles, já foi uma ajuda na melhoria dos sintomas: *“(...) porque ao falarmos de nós, da nossa vida, ajuda-nos a melhorar (...)”* (G36-45, CC1).

Em suma, podemos afirmar que a primeira categoria Funciona muito bem (13) parece descrever a elevada satisfação dos participantes relativamente ao impacto que este tipo de intervenção teve. A segunda, Funciona mas requer alguns aspetos (5) refere-se a alguns aspetos que são necessários ter em consideração para que este tipo de intervenção obtenha sucesso, ou seja, os participantes referem que funciona mas não em exclusividade, estando dependente de algumas questões, nomeadamente, da capacidade que o terapeuta tem para aplicar a sua sabedoria e experiência, ajustando-a a cada caso, a disponibilidade do cliente para a mudança, bem como a motivação e sentido de responsabilidade do mesmo. Finalmente, foi ainda referido pelos clientes que, o simples facto de poderem falar deles já foi uma ajuda à sua melhoria de sintomas.

Tabela 16

Totais de “Perceção de eficácia da terapia” para clientes e terapeutas

Participantes	Eficácia Alta (> a 7)	Eficácia Moderada/Baixa (≤ a 7)
Clientes	6	3
Terapeutas	5	3

*Nota.* Podemos observar nesta tabela que houve onze sujeitos (seis clientes e cinco terapeutas) que avaliaram a eficácia com um valor superior a 7 (elevada), e cinco (três clientes e dois terapeutas) com valores inferiores ou iguais a 7 (moderada e baixa).

Observando a tabela acima, podemos concluir que a perceção de eficácia elevada foi superior à perceção de eficácia moderada e baixa, o que revela um grau de satisfação elevado para 68,75 % da amostra, estando o remanescente da amostra (31,25%), moderadamente ou pouco satisfeitos.

### 3.5.2 Causas para o sucesso da terapia

#### 3.5.2.1 Porque correu bem

Nesta questão, onde justificam a razão pelo qual não deram uma pontuação abaixo, emergiram duas categorias principais: Porque está mais próximo do sucesso (9), e Porque houve boa evolução e aliança terapêutica (7).

A primeira, moderadamente referida, Porque está mais próximo do sucesso (9) revelou que ambos os atores consideraram que o sucesso estava mais próximo do valor máximo (10) que do valor mediano (5): *“Porque eu acho que está mais próximo do sucesso... está muito mais próximo do sucesso total do que do mediano, exatamente”* (G26-35,TA1). Igualmente, porque parece terem sentido que houve uma boa evolução e que o processo terapêutico estava quase terminado: *“Porque acho que é mesmo o 8, nem sequer pensei no 7... nem era o máximo, nem era muito abaixo disso... acho que estou quase lá...”* (G26-35,CB2). Foi ainda relatado que, tendo em consideração a sua boa evolução, seria mediano se tivessem escolhido um valor abaixo: *“Porque imediatamente abaixo é um bocadinho mediano, e eu acho que estou acima da média...”* (G36-45,CC2). Assim, podemos afirmar que a razão pelo qual não escolheram um valor abaixo daquele que foi escolhido, prendeu-se com o facto de considerarem que o grau de sucesso estava mais perto do valor máximo (10) que do valor mediano (5), na respetiva escala de *likert*, bem como, por terem sentido que houve uma boa evolução, estando assim perto do sucesso máximo e do fim do processo terapêutico. A segunda categoria, moderadamente mencionada, Porque houve boa evolução e aliança terapêutica (7) refletiu o facto de terem considerado que a evolução do cliente foi muito positiva, tendo isso sido observável à medida que as sessões e o processo iam avançando: *“Porque a evolução dela é muito boa, e de sessão para sessão cresce imenso”* (G36-45,TD1). Foi referido ainda que, parece ter havido uma evolução positiva, mesmo nas situações em que o cliente se mostrou mais resistente à mudança, com evoluções pouco consistentes: *“Porque acho que houve uma evolução positiva. Se bem que esta doente é muito rígida e as evoluções são muito pouco consistentes... Há muito trabalho ainda a fazer”* (G36-45,TD2). Finalmente, parece ter refletido a superação das expectativas iniciais do terapeuta, por considerarem que o cliente evoluiu mais do que esperavam: *“(...) conseguiu estabelece alguma relação e falar de problemas mais íntimos e mais pessoais, mais do que aquilo que esperaria na primeira sessão”* (G36-45,TC1). Podemos assim concluir que a razão pelo qual não deram uma pontuação inferior deve-se ao facto de terem considerado que a evolução do cliente foi positiva e, nalguns casos, superou as expectativas iniciais. Esta classificação positiva foi referida, quer para os casos em que a evolução foi observável desde o início do processo, como para aqueles em que houve mais resistência à mudança, com evoluções menos consistentes.

### 3.5.2.2 O que precisa ser melhorado

Nesta questão, onde esclareceram o que teria que acontecer para que o sucesso tivesse sido pontuado com um valor mais elevado, houve uma divisão em duas categorias: Mais disponibilidade, insight e maturidade da cliente (9) e Manter acompanhamento e aumentar a periodicidade (6).

A primeira categoria Mais disponibilidade, insight e maturidade da cliente (9), refletiu a necessidade que os terapeutas parecem ter sentido relativamente às mudanças que os clientes necessitariam de fazer, nomeadamente, aumentarem a sua disponibilidade para a terapia, terem mais *insight* e maturidade, bem como

ganharem mais autonomia: “Ela teria que estar disponível, que ainda não está, para resolver outras coisas que eu sei que poderiam ajudar (...)” (G26-35,TA1); “ (...) tem muito a ver com o insight que ela tem e a capacidade de gerir as coisas, mas essa capacidade ainda é muito diminuta...” (G36-45,TB1). Foi igualmente referida a necessidade do cliente se dedicar mais ao processo, de forma a conseguir realizar os objetivos terapêuticos: “(...) talvez agora o pouco que falta é eu começar a trabalhar...” (G26-35,CB2). Podemos assim concluir que, para que pudessem ter dado uma pontuação acima, seria necessário ter havido uma maior dedicação ao processo terapêutico por parte dos clientes, com maior disponibilidade, maturidade, autonomização e *insight*. Parece assim que, para que a terapia pudesse ter mais sucesso, este dependeria, acima de tudo, da melhoria de algumas características dos clientes. A segunda categoria deste item, com grau de saturação baixa, Manter acompanhamento e aumentar a periodicidade (6), descreveu a necessidade em se manter um acompanhamento por mais tempo, uma vez que consideraram que cinco sessões não chegaram para a complexidade das problemáticas: “(...) estamos a falar de um processo que talvez em 5 sessões ainda não dê para ter grandes resultados, embora eu já sinta bastantes resultados” (G36-45,CA2) bem como aumentar a periodicidade das sessões para os casos que não estão a ser semanais: “(...) Ela vir às consultas semanais! Porque ela está quinzenal, e ela está a fazer um esforço para vir semanalmente” (G26-35,TA2). Podemos assim afirmar que houve uma consciência para a necessidade de se manter o processo terapêutico por mais tempo, já que cinco sessões não foram consideradas suficientes para realizar todos os objetivos, e igualmente, a necessidade em aumentar a periodicidade das sessões para aqueles casos que não tiveram uma frequência semanal.

Tabela 17

Distribuição das categorias “Causas para o sucesso” pelos terapeutas e clientes

Categorias	Terapeutas	Clientes
Porque está mais próximo do sucesso	3	6
Porque houve boa evolução e aliança terapêutica	5	2
Maior disponibilidade, <i>insight</i> e maturidade da cliente	5	3
Manter acompanhamento e aumentar a periodicidade	5	3

*Nota.* Podemos observar uma diferença relevante entre terapeutas e clientes, no que diz respeito às causas para o sucesso da terapia.

Assim, relativamente à razão porque que correu bem, observando a importância que cada um dá às diferentes categorias, podemos afirmar que a maioria dos clientes, à exceção de duas, consideram Porque está mais próximo do sucesso que do valor mediano, contrariamente aos terapeutas, onde apenas três são a favor desta afirmação. Relativamente à categoria Porque houve boa evolução e aliança terapêutica, a maior parte dos

terapeutas são a favor desta afirmação, contrariamente aos clientes, onde apenas dois concordam com a mesma. Relativamente ao que poderia ser melhorado, há uma consciência maior por parte dos terapeutas de que os clientes deveriam ter uma Maior disponibilidade, insight e maturidade da cliente, quando comparados com os clientes, onde apenas três concordam com esta afirmação. Finalmente, terapeutas e clientes consideram que é necessário Manter acompanhamento e aumentar a periodicidade para que o sucesso da terapia aumente, representando metade da amostra total.

Tabela 18

Totais da “Perceção de sucesso” para clientes e terapeutas

Participantes	Sucesso Alto (> a 7)	Sucesso Moderado/Baixo (≤ a 7)
Clientes	6	2
Terapeutas	5	3

*Nota.* Podemos observar nesta tabela que houve onze sujeitos (seis clientes e cinco terapeutas), que avaliaram o sucesso com um valor superior a 7 (sucesso elevado), e cinco (dois clientes e três terapeutas) com valores inferiores ou iguais a 7 (sucesso moderado e baixo), sendo assim o (sucesso elevado) superior ao (moderado/baixo).

Podemos assim concluir que a percepção de sucesso elevada foi superior à percepção de sucesso moderada e baixa, o que revela um grau de sucesso elevado para 68,75 % da amostra, estando o remanescente da amostra (31,25%), moderadamente ou pouco satisfeitos.

### 3.5.3 Causas para a confiança no futuro da terapia

#### 3.5.3.1 Porque correu bem

Neste tema, foi justificada a razão pelo qual não deram uma pontuação no valor imediatamente abaixo, e emergiu uma categoria principal reportada de forma elevada, Porque houve adesão, empenho e motivação (15) que refletiu uma boa adesão terapêutica, tendo sido criada uma boa aliança com base na confiança: “*Porque acho que criamos uma boa relação de confiança (...) e aderiu muito bem à consulta...*” (G36-45, TB2). Igualmente, parece ter existido uma elevada satisfação e confiança do cliente no terapeuta e no processo terapêutico, uma vez que os clientes não colocam sequer a possibilidade deste não poder ter sido bem sucedido: “*Porque tenho a certeza que vai ser bem-sucedido*” (G36-45, CC2); “*Porque não há sequer hipótese...Acho que dava até um 11*” (G26-35, CB2); “*Acho que foi mesmo 100% espetacular*” (G18-25, CA1). Foram também referidos o empenho e a motivação que o cliente teve ao longo do processo, de forma a conseguir atingir os seus objetivos: “*(...) é uma pessoa muito persistente, e não desiste antes de conseguir conquistar as coisas (...) muito*

*motivada, e tudo o que tira daqui ela, de facto, utiliza e fala pensar, e fala refletir, e fá-la fazer coisas novas importantes*” (G36-45, TC2). Foi, igualmente, referida a confiança que parece ter existido nos recursos do cliente, quer pela sua capacidade de *insight*, quer pela sua persistência em lutar pelos seus objetivos, e ainda por ter uma atitude flexível perante uma diversidade de situações: *“Porque confio que esta pessoa tem insight, vai pensar nas coisas e vai tomar as decisões certas, e adaptar-se da melhor forma (...) ela consegue chegar às coisas e ter atitudes diferentes, perante certas (...)”* (G36-45, TC2). Foi ainda salientado, um aumento progressivo da confiança que o cliente foi tendo nele próprio, ao longo do processo, que se refletiu numa tomada de decisões e estratégias mais adaptativas e emocionalmente mais ajustadas: *“Ela própria, também se foi sentindo cada vez mais confiante daquilo que tinha... as decisões que tomou, ou das estratégias que decidiu adotar”* (G26-35, TA1). Em suma, podemos afirmar que a razão pelo qual não foi dada uma pontuação abaixo parece ter tido a ver com uma boa adesão terapêutica por parte do cliente, tendo, igualmente, sido criada uma boa aliança com base na confiança. Foi igualmente referido o empenho e a motivação que o cliente teve para atingir os seus objetivos, a confiança que o terapeuta teve nos recursos do cliente (quer pela sua capacidade de *insight*, quer pela sua persistência em lutar pelos seus objetivos), bem como uma atitude flexível perante as diversas situações. Finalmente, foi salientado um aumento progressivo da confiança que o cliente teve nele próprio ao longo do processo, que se refletiu em decisões mais acertadas e na adoção de estratégias mais adaptativas e emocionalmente ajustadas, bem como a sua enorme satisfação com todo o processo e total confiança no terapeuta pela forma como o conduziu. É interessante notar que o cliente não colocou sequer a possibilidade de o mesmo não vir a ser bem-sucedido.

### 3.5.3.2 O que precisa ser melhorado

Neste tema, onde foram esclarecidas as razões para aquilo que teria que acontecer para poderem ter dado uma pontuação na confiança mais elevada, emergiram três categorias: Não é preciso fazer mais nada (6), Manter terapia, assiduidade e reforçar aprendizagens (4) e Cliente mais confiante e disponível (4).

A primeira categoria, Não é preciso fazer mais nada (6), moderadamente referida, refletiu a total confiança no futuro do processo terapêutico, sendo que alguns participantes já atribuíram a pontuação máxima. A segunda categoria, Manter terapia, assiduidade e reforçar aprendizagens (4) pouco mencionada, refletiu a necessidade para o cliente manter a sua assiduidade nas consultas de forma a trabalhar a consistência da mudança, através do reforço das novas aprendizagens: *“Terá que voltar para reforçar essas aprendizagens. Acho que é por aí...”* (G26-35, TA1). Igualmente, a necessidade de ter mais tempo de terapia como forma de ajudar na maturação dos processos, sempre que se está perante alguém que ainda não é suficientemente maduro para se libertar de crenças enraizadas menos funcionais e limitativas: *“Eventualmente, é o tempo. É uma miúda que está muito enraizada com uma série de preconceitos familiares. É uma família muito tradicional e, portanto,*



*acho que ainda tem que crescer*” (G36-45, TB1). A terceira e última categoria, Cliente mais confiante e disponível (4), igualmente pouco mencionada, parece ter refletido a necessidade de o cliente ser mais confiante e acreditar mais nas suas competências e capacidades: *“Outra vez, ser mais confiante ou mais presunçosa! Menos humilde...!”* (G36-45, TB2). E ainda, uma maior disponibilidade para a mudança, diminuindo uma postura mais defensiva: *“Ela mostrar alguma disponibilidade, apesar de ela não ser indisponível, mas...não deixa evoluir muito porque se protege bastante”* (G36-45, TC1). Podemos assim afirmar que, o que teria que acontecer para que pudessem ter dado uma pontuação de confiança mais elevada, prendeu-se com a necessidade do cliente manter a sua assiduidade nas consultas de forma a trabalhar a consistência da mudança, através do reforço das novas aprendizagens, bem como a necessidade de ter mais tempo de terapia como forma de ajudar na maturação dos processos, principalmente quando se está perante alguém que ainda não é suficientemente maduro para se libertar de crenças menos funcionais e limitativas da sua autonomia e desenvolvimento. Igualmente, parece que se prendeu com a aspetos associados às características do cliente, nomeadamente, a necessidade para o mesmo acreditar mais nas suas competências e capacidades, bem como ter uma maior disponibilidade para a mudança, diminuindo uma postura mais defensiva, permitindo assim uma maior exposição e, conseqüentemente, aumentar a probabilidade de vivenciar novas aprendizagens, permitindo assim usufruir de experiências emocionais corretivas.

Tabela 19

*Distribuição das categorias “Causas para a confiança” pelos terapeutas e clientes*

Categorias	Terapeutas	Clientes
Porque houve adesão, empenho e motivação	8	7
Não é preciso fazer mais nada	0	6
Manter terapia, assiduidade e reforçar aprendizagens	4	0
Cliente mais confiante e disponível	4	0

*Nota.* Podemos observar uma diferença relevante entre terapeutas e clientes, no que diz respeito às causas para a confiança na terapia.

Assim, relativamente às razões que levaram a correr bem, observando a importância que cada um dá às diferentes categorias, podemos afirmar que todos os terapeutas e grande parte dos clientes, à exceção de um, confiam Porque houve adesão, empenho e motivação, tendo esta sido a maior causa por que não deram uma pontuação inferior. Relativamente ao que poderia ser melhorado, ou seja, para que tivesse havido mais confiança no sucesso da terapia, a maior parte dos clientes refere Não é preciso fazer mais nada, à exceção de duas, e

metade dos terapeutas referem a necessidade de Manter terapia, assiduidade e reforçar aprendizagens, bem como Cliente mais confiante e disponível.

Tabela 20

Totais da “Perceção de confiança” para clientes e terapeutas

Participantes	Confiança Alta (> a 7)	Confiança Moderada/Baixa ( $\leq$ a 7)
Clientes	6	2
Terapeutas	5	3

*Nota.* Podemos observar nesta tabela que houve onze sujeitos (seis clientes e cinco terapeuta) que avaliaram a confiança com um valor superior a 7 (confiança elevada), e cinco (três clientes e dois terapeutas) com valores inferiores ou iguais a 7 (confiança moderada e baixa), sendo assim a (confiança elevada) superior à (moderada e baixa).

Podemos assim concluir que a percepção de sucesso elevada foi superior à percepção de sucesso moderada e baixa, o que revela um grau de sucesso elevado para 68,75 % da amostra, estando o remanescente da amostra (31,25%), moderadamente ou pouco satisfeitos.

### 3.5.4 As razões da eficácia terapêutica e as (Des)sintonias percepções

Vamos agora analisar as respetivas (des)sintonias que foram encontradas nas 8 díades (**A** a **H**), de forma a responder à última questão deste estudo, 13 – “Haverá sintonia entre os terapeutas e clientes de cada díade, no que diz respeito às avaliações de percepção de eficácia, rapidez e satisfação com evolução do processo e melhoria dos sintomas?”, avaliando se houve concordância entre terapeutas e clientes, ao nível da percepção de eficácia, rapidez e satisfação com a evolução do processo e a melhoria dos sintomas. É importante ressaltar que avaliamos como sintónico os processos que estão em concordância pela satisfação, independentemente do seu grau (“satisfeito” e “muito satisfeito”).

#### 3.5.4.1 Satisfação com melhoria dos sintomas e evolução do processo

Antes de iniciar a descrição de resultados, vamos relembrar que a satisfação com a melhoria dos sintomas e evolução do processo teve dois tipos de resposta, variando assim em dois níveis: “Satisfeito” e “Bastante satisfeito”. Vão aqui ser apresentadas as respetivas (des)sintonias de todas as díades, de **A** a **H**, divididas em secções.

### Sintonia no grau “Satisfeito”

Assim, num total de oito díades, houve a sintonia de três díades relativamente ao grau “Satisfeito”. Esta sintonia, Satisfeito (3) descreve que ambos, cliente e terapeuta, se sentiram satisfeitos relativamente à melhoria dos sintomas e evolução do processo terapêutico: na díade C, o cliente revela que, embora o problema ainda não esteja resolvido, o facto de ter alguém que promove novas perspetivas da problemática, é uma grande ajuda: *“Sim. O problema não está resolvido, mas ajuda ter alguém para falar e para ver as coisas de fora...uma pessoa que não faz parte do problema!”* (G18-25, CB1), e a terapeuta refere apenas que se considera satisfeita. Na díade E, é relatado por ambos que a satisfação se prende com o facto de o cliente ter melhorado a higiene do sono, pelo facto de ter iniciado a toma da medicação, revelando que o papel do terapeuta foi, inicialmente, trabalhar esta necessidade e encaminhar para psiquiatria:

*“Já estou a descansar melhor. O meu problema eram as insónias”* (F46-55, CC1); *“Sim, houve melhorias, mas a doente precisava de medicação, era essencial e, pelo menos aceitou medicação, aceitou consulta de psiquiatria, e neste momento já está medicada, portanto, nesse aspeto foi positivo”* (G36-45, TC1).

Na díade F, o cliente refere uma melhor organização interna das suas problemáticas, como se as mesmas fossem ficando “arrumadas em gavetas”. Isto pode revelar uma maior consciência das problemáticas, podendo ajudar a novas perspetivas com respetiva ressignificação: *“Sim, pela mesma razão: consigo ir resolvendo os problemas e meter os assuntos, cada um na sua gaveta”* (G36-45, CC2), o terapeuta apenas refere considerar-se satisfeito. Na díade G, ambos apresentam relatos simples de satisfação, sem um desenvolvimento daquilo que originou a mesma, podendo isto representar pouca clareza dos aspetos que levaram à melhoria e à evolução, pelo menos por parte do cliente: *“Sim”* (G36-45, CD1); *“Sinto”* (G36-45, TD1).

### Sintonia do grau “Bastante satisfeito”

Para o grau de satisfação “Bastante satisfeito”, houve sintonia em duas díades, Sintonia Bastante Satisfeito (2), onde clientes e terapeutas revelaram-se muito satisfeitos com a melhoria e evolução do processo terapêutico: Na díade A, o cliente referiu que a sua satisfação se prendeu, fundamentalmente, pelo afeto que sentia pelo terapeuta, mas igualmente, pela simpatia e competência do mesmo, relatando ter-se sentido mais “leve”, onde este adjetivo poderá representar um alívio ao nível da sintomatologia e da carga emocional negativa. Relativamente à menção da competência do terapeuta, poderá aqui ter estado representada a sua capacidade para ajudar o cliente a interpretar para a sua narrativa, observar alguma distorção ou enviesamento da atenção, ressignificar e, conseqüentemente, reposicionar-se no seu discurso. Quanto ao terapeuta, este referiu o aumento da autonomia do cliente, representando assim um dos objetivos terapêuticos no geral:

*“Gosto muito da doutora, de conversar com ela. Ela é simpática e sabe dizer as coisas certas para os meus problemas. Sinto-me bastante satisfeita e sinto-me uma pessoa um bocado diferente, por acaso. Muito mais...mais leve, por assim dizer” (G18-25, CA1); “Sim, bastante. Está mais autónoma.” (G26-35, TA1).*

Na díade **D**, o cliente realça o ter podido partilhar tudo o que sentia, ter-se sentido compreendido e ajudado, e ter sido orientado nos passos a seguir. Já o terapeuta referiu apenas sentir-se bastante satisfeito:

*“Estou muito satisfeita com as sessões, têm ajudado muito...primeiro, eu consigo pôr cá para fora tudo o que estou a sentir, e sinto que estou a ser compreendida e sou também ajudada na direção que devo tomar...porque também é bom sentirmos que temos alguém que nos compreende e que nos ajuda...” (G36-45, CB2).*

Parece existir aqui, de uma forma subentendida, uma clarificação e ressignificação da problemática, podendo isto ter ajudado na criação de alternativas mais eficazes, ao nível do comportamento.

#### Sintonia e dessintonia para a satisfação no geral: “Satisfeito” e “Bastante satisfeito”

Finalmente, para a satisfação com a evolução do processo de uma maneira geral, mas com níveis diferentes, “Satisfeito” e “Bastante Satisfeito” houve sintonia de uma díade, tendo em consideração que avaliamos como sintónico os processos que estão em concordância pela satisfação, independentemente do seu nível. Assim, embora ambos se tenham sentido satisfeitos, foi descrito diferentemente quanto ao seu nível, onde o cliente revelou que se sentiu bastante satisfeito, e o terapeuta referiu sentir-se apenas satisfeito: Na díade **B**, o cliente mostrou-se muito satisfeito com a competência e profissionalismo do terapeuta e referiu, igualmente, o reflexo que isso teve no desempenho dele. Esta competência parece ter estado associada à capacidade que o terapeuta teve para analisar a narrativa e focar os aspetos que pareciam serem os maiores causadores dos conflitos, fossem ele internos, ao nível cognitivo e emocional, ou externos, ao nível do comportamento, tendo ajudado na criação de novas alternativas mais eficazes. Já o terapeuta apenas referiu sentir-se satisfeito:

*“A forma como a doutora consegue ter a perceção e consegue tocar nos pontos fundamentais (...), por vezes atitudes que estamos a tomar vistas por um especialista, acaba por nos dar umas luzes que realmente não estamos a ir pelo caminho certo” (G36-45, CA2).*

Analisando as dessintonias, podemos verificar que se verificou apenas uma que diz respeito aos graus de satisfação “Insatisfeito” e “Satisfeito”. Assim, houve uma avaliação oposta entre o terapeuta e o cliente onde, manifestamente, o cliente referiu ainda se sentir insatisfeito e o terapeuta referiu sentir-se já satisfeito. Assim, na díade **H**, o cliente referiu ainda não se sentir satisfeito, embora tenha considerado que o terapeuta usou todos os recursos possíveis para o ajudar, avaliando a relação no geral como positiva, e colocando a tónus desta

responsabilidade nele próprio. O mesmo alegou continuar “sensível”, o que poderá indicar que as experiências emocionais corretivas ainda não foram suficientes para que se pudesse sentir mais aliviado:

*“Nesse campo talvez não...eu estou ainda muito sensível...(...) A Dra. Ana tem tentado de tudo, eu até já fiz uma sessão conjunta com o meu marido...e em relação a ela sinto-me muito positiva...embora ainda não esteja a sentir todos os efeitos desejados...”* (G36-45, CD2).

Vamos agora apresentar estes resultados nalgumas tabelas de forma a poderem ser mais facilmente legíveis.

Tabela 21

*(Des)sintonias das díades ao nível da satisfação com a melhoria dos sintomas e evolução do processo*

Díades	Satisfeito	Bastante Satisfeito	Bastante Satisfeito/ Satisfeito	Insatisfeito/Satisfeito
Sintónicas	C, E, F, G	A, D	B	
Distónicas				H

*Nota.* Observa-se que a maioria das díades estiveram em sintonia, à exceção da díade **H**.

Observando a tabela acima descrita, podemos afirmar que todas as díades envolvidas no processo se mostraram sintónicas quanto à satisfação com o processo tendo em consideração a melhoria de sintomas e a evolução do mesmo, à exceção da díade **H** onde o cliente referiu mostra-se insatisfeito com o próprio, tendo, no entanto, realçado que estava satisfeito com o desempenho e profissionalismo do terapeuta. Já o terapeuta referiu encontrar-se satisfeito com o resultado. Podemos ainda realçar uma outra díade, a **B**, onde o cliente se mostrou mais satisfeito que o terapeuta. É importante referir que esta díade foi considerada sintónica, embora tenha níveis de satisfação diferentes, entre ambos, onde o cliente revelou uma satisfação superior ao terapeuta.

#### 3.5.4.2 Satisfação com evolução do processo terapêutico tendo em conta as 5 sessões (rapidez)

##### Sintonia do nível “Satisfeito”

Num total de oito díades, houve sintonia de quatro relativamente ao grau “Satisfeito” para a avaliação da satisfação com o processo terapêutico tendo em conta o fator temporal (5 sessões): Na díade **C**, o cliente revelou uma resposta curta afirmando apenas que se sentia satisfeito: “*Sim*” (G18-25, CB1), e o terapeuta manifestou igualmente a sua satisfação fazendo, no entanto, referencia às limitações e recursos do cliente: “*Sim, dentro do possível, para os recursos que a pessoa tem, tudo bem...*” (G36-45, TB1). A díade **D** que o cliente se

sentiu satisfeito, embora ainda não fosse o suficiente: *“Foram boas para a evolução, mas ainda não são suficientes...”* (G26-35, CB2), já o terapeuta manifestou a sua satisfação com uma resposta curta: *“Sim”* (G26-35, TB2). A díade E relatou a mesma resposta curta, tanto para o cliente como para o terapeuta: *“Sim”* (F46-55, CC1); *“Sim”* (G36-45, TC1). Finalmente a díade F mostrou que o cliente referiu sentir-se sempre evolução no final de cada sessão, interpretando que isto representou uma evolução permanente e constante ao longo do processo: *“Sim...eu por acaso vejo sempre evolução no final de cada sessão. Portanto, eu sinto sempre que tenho evolução”* (G36-45, CC2); o terapeuta apenas referiu considerar-se satisfeito (G36-45, TC2).

#### Sintonia do nível “Bastante Satisfeito”

Quanto ao grau de satisfação “Bastante satisfeito”, houve sintonia de duas díades, onde clientes e terapeutas revelaram estarem bastante satisfeitos com a rapidez do processo terapêutico tendo em consideração o fator temporal das 5 sessões: Na díade A, o cliente referiu que, embora tenham sido apenas 5 sessões, o período foi suficiente para que se desse a mudança necessária e este se sentir bastante satisfeito com isso: *“(...) Fez-me muito bem mesmo, apesar de terem sido só 5 sessões, como foi num espaço assim longo, deu para mudar muita coisa”* (G18-25, CA1); o terapeuta referiu uma boa adesão do cliente ao processo desde o início, com uma postura bastante assertiva e com capacidade para entender e lidar com as suas dificuldades, tendo optado por ter uma intervenção também mais assertiva e diretiva: *“(...) ela respondeu bem, desde o início, também com uma postura assertiva em função daquilo que ela ia apresentando como as dificuldades dela. Fui mais diretiva, assertiva, do que ficar à espera que ela fosse sozinha ao encontro das coisas”* (G26-35, TA1). Na díade G ambos referiram sentirem-se muito satisfeitos *“Muito”* (G36-45, CD1); *“Sim, muito...”* (G36-45, TD1).

#### Sintonia para a satisfação no geral: “Satisfeito” e “Bastante satisfeito”

Finalmente, para a satisfação com a evolução do processo no geral, mas com níveis diferentes, “Satisfeito” e “Bastante Satisfeito”, houve sintonia de duas díades onde, embora ambos tenham referido sentirem-se satisfeitos, foi descrito diferentemente quanto ao nível de satisfação, tendo os clientes revelado maior satisfação que os terapeutas: Na díade B, o cliente realçou a sua enorme satisfação por considerar que sentiu resultados logo nas primeiras sessões, embora tenham existido algumas oscilações relativamente aos progressos, com alguns recuos pelo meio: *“Logo nas primeiras sessões eu comecei a sentir resultados (...) embora tendo perceção que iriam haver alguns avanços e alguns retrocessos”* (G36-45, CA2); o terapeuta apenas refere sentir-se satisfeito, sem acrescentar qualquer comentário relativamente à evolução do processo. Na díade H, o cliente relatou sentir que foi um processo bastante satisfatório, alegando que seguiu as orientações do terapeuta, podendo isto revelar a sua confiança no mesmo, atribuindo assim, os bons resultados ao

desempenho do terapeuta, colocando-se num papel mais passivo relativamente ao seu impacto na mudança terapêutica: “*Eu tenho seguido algumas orientações da doutora e sim, considero muito positivo*” (G36-45, CD2); o terapeuta refere que se sente apenas satisfeito “*Sim*”(G36-45, TD2). Não houve díades divergentes.

Tabela 22

(Des)sintonias das díades ao nível da satisfação com a rapidez do processo

Díades	Satisfeito	Bastante Satisfeito	Bastante Satisfeito/Satisfeito
Sintónicas	C, D, E, F	A, G	B, H

*Nota.* Podemos afirmar que todas as díades foram sintónicas ao nível da satisfação com a rapidez do processo.

De acordo com a avaliação do grau de satisfação com o processo terapêutico tendo em consideração o fator temporal de 5 sessões, podemos afirmar que todas as díades envolvidas no processo se mostraram sintónicas. Realçamos, no entanto, duas díades onde o cliente se mostrou bastante mais satisfeito que o terapeuta (díades **B e H**).

#### 3.5.4.3 Perceção de eficácia (sucesso e confiança) do processo terapêutico

Neste capítulo faz-se uma análise da eficácia do processo terapêutico que é composto pelas duas escalas de avaliação da perceção: Sucesso e Confiança.

Tabela 23

(Des)sintonias das díades ao nível da confiança com o processo

Díades	Confiança Alta (> a 7)	Confiança Baixa ( $\leq$ a 7)
Sintónicas	A (9 – 8) B (10 – 8) D (10 – 9) F (10 – 9) G (10 – 9/10)	E (7 – 4) H (6 – 6)
Distónicas	C (10-7)	

*Nota.* Podemos observar que a maioria das díades foram sintónicas ao nível da confiança, à exceção da díade C.

Tabela 24

*(Des)sintonias das díades ao nível do sucesso com o processo*

Díades	Sucesso Alto ( $> 7$ )	Sucesso Baixo ( $\leq 7$ )
Sintónicas	A (9 – 8) B (9 – 8) D (8 – 9) G (8 – 8)	E (7 – 5)
Distónicas	C (8 – 6) F (7 – 9) H (8 – 6)	

*Nota.* Observamos aqui que, a maioria das díades está em sintonia quanto ao nível de satisfação com o sucesso, à exceção das díades **C**, **F** e **H**.

Olhando para as tabelas 23 e 24, podemos concluir que a maioria das díades se apresentaram sintónicas relativamente à confiança e sucesso da terapia, à exceção da díade **C**, que apresentou distonia na confiança e no sucesso, e as díades **F** e **H** que apenas apresentaram distonia para o sucesso.

#### 3.5.4.4 Agregação da melhoria dos sintomas, da satisfação com evolução do processo e rapidez, e da percepção de eficácia

Neste paragrafo vamos apresentar o resultado das (des)sintonias nas respetivas díades, mas agora tendo em consideração todas as dimensões de avaliação: percepção de eficácia, rapidez e satisfação com evolução do processo e melhoria de sintomas.



Tabela 25

(Des)sintonia das díades ao nível da melhoria dos sintomas e evolução do processo, rapidez e percepção de eficácia

Díades	Satisfação com melhoria de sintomas e evolução do processo	Satisfação rapidez	Confiança	Sucesso
A	v	v	v	v
B	v	v	v	v
C	v	v	x	x
D	v	v	v	v
E	v	v	v	v
F	v	v	v	x
G	v	v	v	v
H	x	v	v	x

*Nota.* Esta tabela mostra sintonia em todas as díades, à exceção das díades C, F e H.

Observando a tabela 25, podemos observar que a maioria das díades esteve em sintonia ao nível da satisfação com a melhoria dos sintomas e evolução do processo, rapidez e percepção de eficácia (confiança e sucesso), à exceção da díade C, com distonia relativamente ao sucesso e confiança (eficácia), e das díades F e H, com distonia no sucesso, e na satisfação com melhoria dos sintomas e sucesso, respetivamente.

Vamos, em seguida, passar à descrição dos resultados do quinto e último tema.

### 3.6 TEMA 5: EXPLORAÇÃO DOS NOVOS RESULTADOS

Após os resultados das principais questões de investigação, foi feita uma análise de formato mais macro, pesquisando de forma interativa associações entre temas emergentes em cada secção da investigação, com o objetivo de encontrar diversas associações entre os temas, de forma a tentar encontrar dimensões *core* que abrangessem grande parte dos resultados. Foram assim, criadas diversas questões, tendo resultado duas que nos pareceram serem merecedoras da nossa reflexão.

14 – De que forma as categorias Cuidar, Disponibilidade, Atitude Construtiva e Profissionalismo diferem na sua distribuição para as díades convergentes e divergentes?

15 – Até que ponto a frequência total das categorias principais do primeiro tema “O maior contributo para o processo terapêutico” e respetivas médias de sucesso e confiança diferem entre si nas respetivas díades?

#### 3.6.1 Distribuição do maior contributo para o processo terapêutico pelas díades convergentes e divergentes

Tabela 26

*Distribuição do maior contributo para o processo terapêutico pelas díades convergentes*

	Cuidar	Afeto	Empatia	Disponibilidade	Atitude Construtiva	Profissionalismo
<b>Momentos altos</b>	6	5	2	5	4	6
<b>Desejos</b>	5	4	2	5	4	6
Total	11	9	4	10	8	12

*Nota.* Observando a frequência que cada categoria tem nas díades convergentes, podemos afirmar que os resultados são semelhantes para Momentos altos e Desejos, onde a categoria Profissionalismo se destaca. Segue-se a categoria Cuidar, com Afeto superior à Empatia, depois Atitude Construtiva e, finalmente, Disponibilidade.

Tabela 27

*Distribuição do maior contributo para o processo terapêutico pelas díades divergentes*

	Cuidar	Afeto	Empatia	Disponibilidade	Atitude Construtiva	Profissionalismo
<b>Momentos altos</b>	7	5	5	6	7	4
<b>Desejos</b>	8	6	5	6	7	4
Total	15	11	10	12	14	8

*Nota.* Observando a frequência que cada categoria tem nas díades divergentes, podemos afirmar que os resultados são semelhantes para Momentos altos e Desejos, onde a categoria Cuidar se destaca, com o Afeto superior à Empatia para os Desejos, contrariamente aos Momentos altos. Segue-se a categoria Atitude Construtiva, depois Disponibilidade e, finalmente, Profissionalismo.

Observando os resultados das tabelas 26 e 27, podemos concluir que, para as díades convergentes, tanto nos Momentos altos (que representam os eventos mais significativos da terapia e a existência de sintonia entre terapeuta e cliente com um estado de mútuo entendimento, compreensão e harmonia e com consciência do foco terapêutico), como para os Desejos (que significa que tanto o terapeuta como o cliente estavam em sintonia acerca dos objetivos do processo terapêutico), a categoria principal que prevalece é o Profissionalismo, contrariamente às díades divergentes, onde esta aparece em ultimo lugar. Destaca-se, ainda, a categoria Cuidar, referida como a segunda mais frequente nas díades convergentes, e a primeira nas díades divergentes.

### 3.6.2 Distribuição do maior contributo para o processo terapêutico e respetivos valores de sucesso e confiança

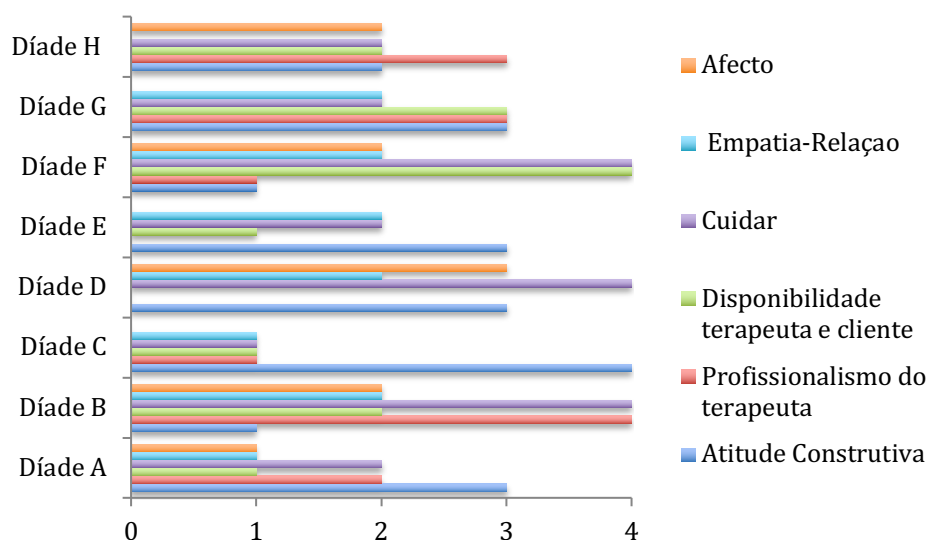


Figura 16. Distribuição nas díades do maior contributo para o processo terapêutico.

Esta figura representa a distribuição das categorias principais pelas díades. Chamamos a atenção para a díade **E**, uma vez que não contempla as categorias Profissionalismo e Afecto, ao contrário das restantes que têm as duas em conjunto (díades **A**, **B**, **F** e **H**) ou, pelo menos uma delas (díades **C**, **D** e **G**).

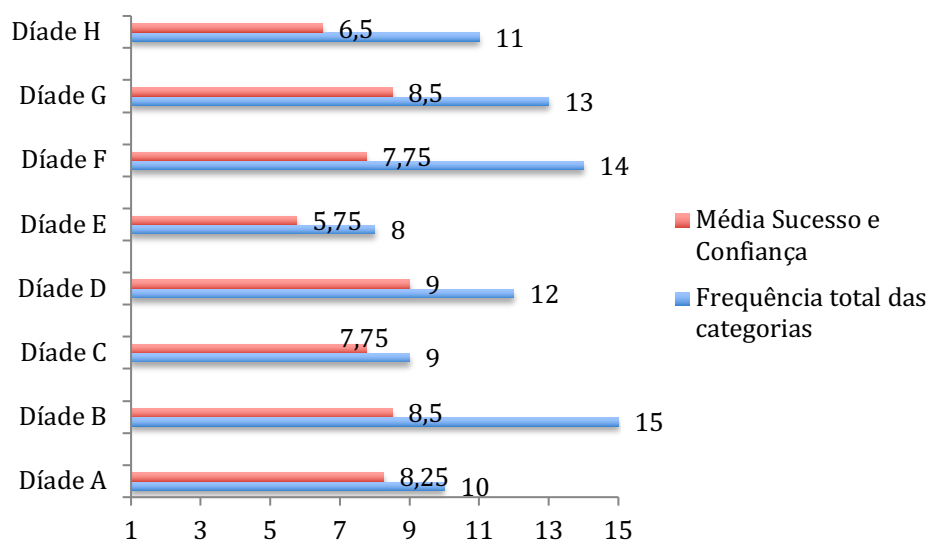


Figura 17. Distribuição da frequência total do maior contributo para o processo terapêutico e respetivas médias de sucesso e confiança.

Olhando para a figura 17, podemos observar que a díade **E** é aquela que se destaca por ter uma menor frequência de categorias principais (8) e médias de sucesso e confiança mais baixos (5,75), quando comparada com as outras díades. A figura 16 contempla a distribuição das categorias principais pelas díades e, nesse sentido, podemos observar que a díade **E** não contempla as categorias Profissionalismo e Afeto.

Fazendo uma apreciação global a estes resultados, observa-se que no caso das díades convergentes, tanto nos Momentos Altos como para os Desejos, a categoria que prevalece é o Profissionalismo. Já para as díades divergentes, o Profissionalismo aparece em último lugar, sendo Cuidar a categoria que mais se destaca. Na relação entre a frequência das categorias principais com os valores de sucesso e confiança, podemos concluir que a díade **E** se destaca, uma vez que não contempla as características principais Profissionalismo e Afeto e apresenta os níveis de sucesso e confiança mais baixos, quando comparada com as outras díades. Poderá isto ser representativo de que, mesmo quando não há sintonia entre o terapeuta e o cliente, o aspeto cuidador está sempre presente. Quando há sintonia, parece que ser profissional, onde o terapeuta mostra capacidade para dizer as palavras certas no momento certo com equilíbrio e transmitindo confiança, poderá promover a sintonia com o cliente. De notar que esta componente se prende mais com aspetos pessoais do terapeuta, que técnicos.

Passaremos, em seguida, à apresentação da discussão dos nossos resultados.

---

#### 4 Capítulo. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, explorámos as perspectivas dos terapeutas e dos clientes naquilo que determina: 1) o maior contributo para o processo terapêutico; 2) qual o impacto do *feedback* positivo orientado para o sucesso; 3) qual o impacto dos atos de fala negativos, do *feedback* neutro e das respostas orientadas para a problemática; 4) eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das perceções. Neste capítulo, iremos apresentar uma síntese comentada dos resultados do presente estudo e sua discussão alargada, incluindo as respetivas limitações, bem como uma reflexão final sobre o que podem ser os principais contributos e futuras direções.

A operacionalização das questões de partida foi de natureza iminentemente exploratória e descritiva, com uma abordagem mista, com uma pequena incursão por uma abordagem mais quantitativa (de resto, apenas descritiva), já que pretendemos estudar dados concretos resultantes da relação terapêutica, bem como as representações e os significados dos principais participantes no processo terapêutico relativamente aos nossos objetivos. A escolha por um método misto mostra-se adequado quando pretendemos explicar, prever e controlar os fenómenos, seguindo uma objetividade nos procedimentos e uma quantificação das medidas (Almeida & Freire, 2000, 2003, 2008), e quando pretendemos descrever e compreender aquilo que diz respeito à complexa experiência das pessoas, leia-se, à forma como alguns aspetos são vividos, sentidos e pensados.

De acordo com Almeida e Freire (2000, 2003, 2008), os métodos quantitativos são construídos através de métodos numéricos e gráficos de forma a resumir um conjunto de dados, possibilitando transformar os dados em informação e o objetivo da aplicação deste método é apresentar as informações resumidas dos dados contidos na amostra estudada. Já os qualitativos, estes são especificamente construídos para facilitar a investigação da experiência (Polkinghorne, 2005) e têm-se mostrado particularmente úteis na ajuda da compreensão dos processos intencionais e implícitos da psicoterapia (Rennie, 2004). Foi assumido um paradigma pós-positivista na análise quantitativa e interpretativo-construtivista (Morrow, 2005) na análise qualitativa, uma vez que consideramos as pessoas como seres que vão construindo significados e que tornam o mundo inteligível através da linguagem, da narrativa e dos constructos pessoais. Aqui, os investigadores interpretam os resultados descritivos e objetivos e em concomitância com os participantes, co-constroem os significados produzidos.

Assim, a análise de dados quantitativa fez uso da estatística descritiva, já a qualitativa fez uso da GT e assenta na reconstrução consciente dos participantes sobre o melhor do processo terapêutico, o impacto da positividade e da capitalização com responsividade no processo terapêutico, o impacto da negatividade, neutralidade e orientação para a problemática e a avaliação da eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das perceções, tal como ocorreram no contexto da prática hospitalar, com uma

---

população de militares e familiares. Centrâmo-nos no mundo objetivo do processo terapêutico, e no subjetivo dos clientes e dos terapeutas, nas suas compreensões e significados pessoais bem como nas suas interpretações dos acontecimentos. Assim, no paradigma interpretativo-construtivista (Morrow, 2005), a análise dos dados na abordagem da GT está particularmente ajustada ao estudo das experiências subjetivas onde, através de um processo sistemático de categorização indutiva, se classificam os contributos dos participantes. Esta perspetiva de investigação sobre os resultados da terapia é distinta da perspetiva habitual da investigação em que o investigador define, à partida, os conceitos e o modo como estes devem ser avaliados. No presente estudo, o resultado da terapia não é avaliado (em termos objetivos, medidos por questionário), mas é avaliado subjetivamente, através da perceção de eficácia dos atores do processo, ajudando assim, na compreensão daquilo que cada um considera mais importante para um bom funcionamento terapêutico, o impacto do tipo de feedback e a perceção de eficácia, mostrando assim, aquilo que cada um valoriza subjetivamente.

Os participantes deste estudo foram quatro terapeutas e oito clientes (dois por cada terapeuta), adultos, do género feminino, que se encontravam a iniciar o processo terapêutico ou a regressar, podendo este ser ou não com o mesmo terapeuta, uma vez que há clientes que já tinham iniciado os processos terapêuticos em outra entidade. Os terapeutas são todos experientes com especialidade em psicoterapia na Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves (SPPB).

Após a apresentação dos resultados no capítulo anterior, e uma vez que temos cinco temas diferentes, decidimos apresentar o resumo de cada um e a respetiva discussão, de forma a responder às questões a que nos propusemos e orientaram toda a investigação. Serão assim, estruturados por temas e secções, e os resultados serão discutidos num formato mais micro analítico. No final, será apresentada uma discussão geral, com um formato mais macro analítico onde os resultados serão discutidos e interligados entre si, apresentados de uma forma sintética e mais geral.

---

#### 4.1 Discussão dos resultados por tema

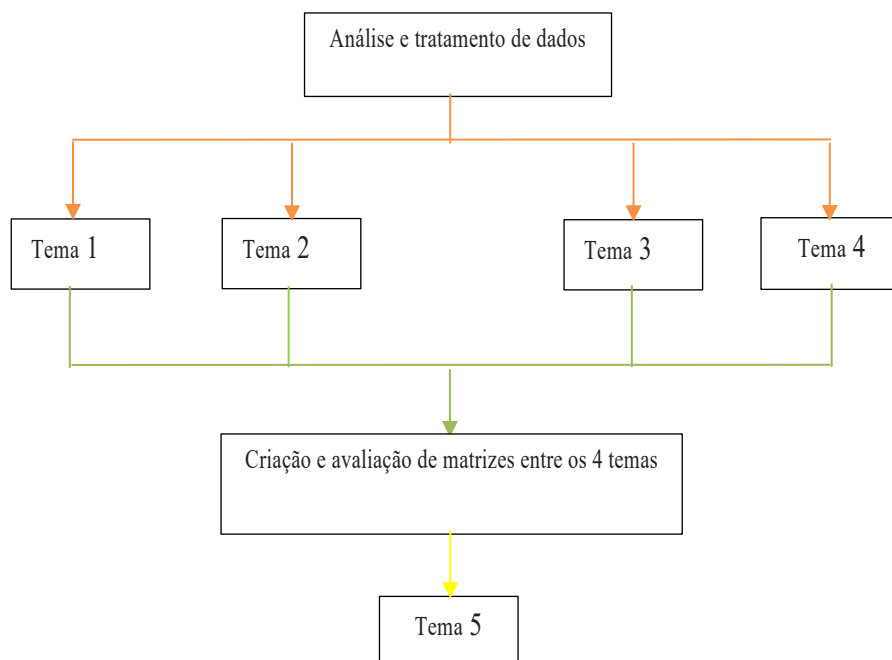


Figura 18. Mapa conceitual da análise e tratamento dos dados.

Conforme descrito na figura 18, da análise dos dados resultaram quatro temas principais, surgindo um quinto como resultado de associações entre os temas anteriores que devolveram resultados merecedores da nossa atenção. O primeiro diz respeito aos maiores contributos para o sucesso da terapia, o segundo descreve o impacto do *feedback* positivo orientado para o sucesso, o terceiro refere-se ao impacto dos atos de fala negativos, do *feedback* neutro e das respostas orientadas para a problemática, e o quarto apresenta a eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das percepções.

##### 4.1.1 Tema 1 - O maior contributo para o processo terapêutico

###### As principais características

O primeiro objetivo deste tema foi explorar o maior contributo para o processo terapêutico, na perspetiva do terapeuta e do cliente, e os resultados apresentaram quatro grandes categorias: Cuidar, de saturação elevada, seguida de Disponibilidade e Atitude Construtiva, e por último, Profissionalismo, os três referidos de uma forma moderada. De uma maneira geral, podemos afirmar que os resultados deste tema vão ao



encontro dos resultados de outros estudos. Em 2006 Levitt e colaboradores (p.320) relatam que os clientes valorizam os terapeutas que são atenciosos e manifestam uma relação cuidadora com os clientes, mas também terapeutas especialistas e capazes de oferecer uma orientação apropriada às necessidades terapêuticas dos clientes. Estes resultados vão ao encontro das categorias Cuidar e Profissionalismo do presente estudo, onde a primeira descreve a capacidade que ambos têm para serem genuinamente empáticos com um sentimento de proximidade e carinho pelo outro, e a segunda refere-se à habilidade que os terapeutas têm para escolher, de uma forma equilibrada e transmitindo tranquilidade, o momento certo e as palavras certas para intervir, de maneira a ajudar na construção de novas perspectivas da problemática. Assim, a categoria Cuidar assemelha-se a 'terapeutas atenciosos' e 'a relação cuidadora dos terapeutas que permite que os clientes beneficiem da terapia', a categoria Profissionalismo assemelha-se à descrição 'terapeutas especialistas', onde é transmitida a sua capacidade para agir da forma mais equilibrada, sabendo escolher o momento e as palavras corretas, e à descrição 'profissionalismo dos terapeutas como um bloco de construção de confiança', uma vez o Profissionalismo do presente estudo também representa a segurança e a confiança que o terapeuta transmite ao longo das suas intervenções.

Pesquisas relatam que os clientes valorizam comportamentos de apoio do psicoterapeuta e percebem esse apoio como um papel fundamental no desenvolvimento da aliança (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bacharel, 1995; Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2009; Bedi & Richards, 2011; Littauer et al., 2005; Mohr & Woodhouse, 2001), bem como valorizam declarações de encorajamento, validação, simpatia, respeito, saudações e despedidas personalizadas (Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2014; Bedi et al., 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi & Richards, 2011). Duff e Bedi (2010), após realizarem um inquérito aos clientes, revelaram que os mesmos relataram três comportamentos do psicoterapeuta com uma variância de 62% para a construção da aliança terapêutica (AT): 1) fazer declarações de incentivo; 2) fazer comentários positivos sobre o cliente; e 3) saudar o cliente com um sorriso. Em 2013, Timulak e McElvaney realizaram uma revisão de sete estudos qualitativos que exploraram a percepção dos clientes relativamente ao que ajudou no *insight* em terapia e os resultados mostraram duas visões: (a) resposta ou interpretação empática, que levou à compreensão dos clientes do núcleo subjacente do seu problema, e (b) reformulação dos eventos de forma positiva, encorajando mudanças comportamentais, de modo a indicar ações e perspectivas que os clientes perderam. Mais uma vez, podemos afirmar que os resultados do presente estudo vão ao encontro destas investigações, onde a categoria Cuidar e Atitude Construtiva se assemelham às características apontadas pelos clientes. A primeira assemelha-se às respostas ou interpretações empáticas pela sua componente empática, e assemelha-se a descrições como saudar o cliente com um sorriso ou fazer saudações e despedidas personalizadas, pela sua componente afetiva. A segunda, Atitude Construtiva, representa, de uma maneira geral, aspetos mais relacionados com a superação

de dificuldades, incentivo, motivação e encorajamento, e representa a identificação de competências, forças e virtudes pessoais, de forma a conseguir superar as diversas adversidades assemelhando-se assim com as descrições feitas pelos estudos que revelam encorajamento por parte do terapeuta, fazer declarações de incentivo e reformular os eventos de forma positiva, encorajando mudanças comportamentais, de modo a indicar novas ações e perspectivas nos clientes. Em 2009, Binder e colaboradores mostraram que os clientes valorizavam, entre outros, dois temas principais que se assemelham com algumas características do presente estudo: estar numa relação com um profissional sábio, caloroso e competente, que podemos identificar nas categorias Cuidar, Disponibilidade e Profissionalismo, e a possibilidade de corrigir pressupostos e crenças sobre si próprio e outros bem como conseguir criar um novo significado e ver novos padrões ou ligações sobre a vida que identificamos na categoria Atitude Construtiva.

Da mesma forma como foram efetuados estudos para avaliar o que facilita a AT, foram igualmente avaliadas as situações ou características que impedem ou dificultam a AT e que vão ao encontro dos resultados deste estudo, nomeadamente, das categorias demonstrativas de apoio e disponibilidade. Bedi, Cook e Domene (2012) ao avaliarem aquilo que os participantes consideravam que impedia ou dificultava a AT, mostraram que clientes reservados e sem genuinidade, terapeutas diretivos, terapeutas pouco envolvidos, com falta de atenção, distração, desadequação ou falta de responsividade eram fatores impeditivos de desenvolvimento de AT. Em 2015, Richards e Bedi, após a mesma avaliação revelam que a falta de congruência no terapeuta, a dificuldade em adotar uma perspetiva *Taylor made* e a pouca dedicação e honestidade do cliente, eram impeditivas de uma boa AT, revelando semelhanças com as categorias Profissionalismo e Disponibilidade do presente estudo, sendo a segunda descrita como a capacidade que o terapeuta tem para estar verdadeiramente naquele espaço, naquele momento, dedicado somente ao seu cliente e à relação terapêutica, um espaço físico que é usado, acima de tudo, como um espaço de suporte inteiramente emocional.

Diversos autores afirmam que o tipo de relação entre o terapeuta e o cliente são um aspeto importante para a criação de AT no início do processo terapêutico (e.g. Levitt et al., 2016). As categorias Cuidar e Disponibilidade vão ao encontro desta afirmação, onde a primeira representa a componente empática e afetiva da relação e a segunda representa a dedicação, autenticidade e genuinidade, onde o cliente tem a sensação de estar na presença de um apoio autêntico, de uma forma afetuosa e com aceitação. Este resultado foi corroborado por Wong e Pos (2014) que mostraram que uma maior divulgação dos clientes previa, de forma independente, um vínculo mais forte entre a sessão e o terapeuta. Nilsson e colaboradores (2007) e Timulak e colaboradores (2017) vêm, igualmente, reiterar esta autenticidade, através de estudos que mostraram que os clientes referiram a sua capacidade para se abrirem com o terapeuta, envolverem-se na terapia e estarem abertos à aprendizagem como fatores que facilitavam a AT.

---

Ainda relativamente aos contributos para a formação de AT, MacFarlane e colaboradores (2015, p. 367) usaram um método qualitativo que analisou as perceções dos clientes sobre o que é importante para a formação inicial da AT, e os resultados mostraram uma categoria semelhante à nossa categoria Profissionalismo, a categoria ‘Atividades de Apoio do Psicoterapeuta’, onde os autores descrevem comportamentos como “psicoterapeuta ajuda o cliente a ser mais capaz” e “psicoterapeuta mantém-se calmo quando o cliente não está”, entre outros, já que a categoria do presente estudo se refere à capacidade que o terapeuta tem para escolher, de uma forma equilibrada e tranquila, o momento certo e as palavras certas para intervir, de maneira a ajudar na construção de novas perspetivas da problemática, promovendo alívio no cliente. Este resultado é consistente com alguns resultados da literatura que mostram que a comunicação eficaz entre o cliente e o terapeuta parece ser fundamental para o estabelecimento da aliança (e.g. Ackerman & Hilsenroth, 2003; Pinto et al., 2012). Ainda na mesma perspetiva, mas agora incluindo também a perspetiva dos terapeutas, Bachelor (2013) investigou os componentes da aliança que foram relevantes para os participantes em terapia, e os resultados para os clientes mostraram: 1) relação de trabalho colaborativa; 2) trabalho produtivo; 3) compromisso ativo; 4) vínculo; 5) não desacordo sobre metas / tarefas; e 6) progresso confiante. Para os terapeutas foram encontrados os seguintes: 1) relação de trabalho colaborativa; 2) confiança e dedicação do terapeuta; 3) compromisso e confiança do cliente; 4) capacidade de trabalho do cliente. Podemos concluir que a categoria do presente estudo Disponibilidade vai ao encontro destas descrições pela sua componente de dedicação e autenticidade que revelam confiança e colaboração.

No que diz respeito aos contributos para a formação da AT, Lavik e colaboradores (2018) após uma revisão de estudos qualitativos focados nesta temática, apresentaram resultados semelhantes ao presente estudo, tanto para terapeutas como para clientes. Do ponto de vista dos terapeutas, os resultados mostram que os terapeutas precisam encontrar um equilíbrio entre as intervenções técnicas e uma componente humana mais calorosa e, na perspetiva dos clientes, estes expressaram a importância em encontrar um terapeuta que demonstre competência e uma atitude calorosa. Além disso, os terapeutas referem a importância em mostrar o seu desejo genuíno para compreender os clientes e uma disposição para ajustar e criar um sentimento de segurança. Já os clientes referem a necessidade de serem entendidos como pessoas únicas e de se sentirem valorizados e apoiados no desenvolvimento da confiança inicial. Os nossos resultados corroboram este estudo, uma vez que mostram que, tanto os clientes quanto os terapeutas, enfatizam mais o aspeto de Cuidar que o Profissionalismo, embora ambos sejam referidos como características importantes para o processo terapêutico. Igualmente, a categoria Disponibilidade do presente estudo também é semelhante a esses resultados, uma vez que representa a ideia de dedicação, honestidade, autenticidade, compromisso e esforço no e para o processo.

Finalmente, sabendo que a empatia ajuda no desenvolvimento de AT, MacFarlane, Anderson e McClintock (2017, p. 231) debruçaram-se sobre aquilo que ajuda na sua formação, e os resultados apresentaram uma categoria, entre outras, de nome “Contexto relacional de empatia”, que engloba duas subcategorias: (a) ‘Relacionamento Pessoal’, que se refere à conexão pessoal ou vínculo entre terapeuta e cliente, onde os clientes geralmente falam bem dos seus terapeutas e os descrevem como cuidadores, genuínos, atenciosos, honestos e confiáveis, revelando assim, uma componente humana e genuína para ajudar. Relatam ainda que o terapeuta se importa com o cliente, não tendo esta formação apenas para ganhar dinheiro, mas principalmente para ajudar o outro, enaltecendo a característica apoiante do terapeuta, utilizando termos como “amizade” e “relação normal”, e que os clientes se sentiram próximos da “pessoa” que assumiu o papel de terapeuta; e (b) ‘Relacionamento Profissional’, que se refere à componente da relação cliente-terapeuta apenas com o propósito do trabalho terapêutico, ou seja, o cliente mencionou os objetivos e as tarefas da psicoterapia e, a esse respeito, descreveu a relação com o terapeuta como uma relação mais profissional. Novamente, podemos encontrar semelhanças entre estes resultados e três categorias do presente estudo, Cuidar, Disponibilidade e Profissionalismo, onde as duas primeiras se aproximam do ‘relacionamento pessoal’, sendo a primeira representativa da sua componente cuidadora, afetiva e pessoal, e a segunda da sua capacidade para estar no espaço terapêutico com honestidade e dedicação. A última aproxima-se do ‘relacionamento profissional’ por representar a componente mais técnica e pragmática do terapeuta, sendo referida a perícia do mesmo para escolher o momento certo e as palavras certas para intervir de maneira a ajudar na construção de novas perspetivas da problemática.

### **Identificação dos momentos altos**

Dar a possibilidade aos clientes e terapeutas para identificar três momentos altos foi uma forma de tentar entender quais os eventos mais significativos da terapia e até que ponto ambos estavam em sintonia, ou seja, num estado de mútuo entendimento, compreensão e harmonia. A categoria mais mencionada foi Identificação da Problemática Principal, que significa a identificação da principal questão que trouxe o cliente à terapia, podendo assim ajudar no seu reconhecimento e aceitação da mesma e promover uma visão mais clara do problema, dando a possibilidade de mudança comportamental. Segue-se a categoria Reconhecimento da Evolução Terapêutica, pouco referida, que diz respeito ao momento em que há um reconhecimento da evolução do processo terapêutico, onde manifestamente, clientes e terapeutas revelam o seu entusiasmo. No fundo, estamos aqui a falar da concretização dos objetivos terapêuticos que são reconhecidos durante a sessão.

Relativamente à convergência desta identificação, ou seja, se ambos identificaram o mesmo momento, houve três díades que convergiram (A, B e G), o que pode significar que tanto o terapeuta como o cliente

estavam cientes do foco terapêutico e da evolução do processo e, conseqüentemente, de um processo terapêutico com um grau de autoconsciência mais elevado. Sabemos ainda que os momentos altos convergentes estiveram todos relacionados com a Identificação da Problemática Principal, o que parece ter facilitado a tomada de consciência do foco terapêutico por parte do cliente e, conseqüentemente, da sua evolução terapêutica. De acordo com os resultados de satisfação com sucesso e confiança, as díades convergiram com um grau de satisfação elevado, havendo, no entanto, uma tendência para os clientes darem valores mais elevados que os terapeutas, quer para o sucesso, quer para a confiança. Numa última análise à convergência, olhando para as características específicas de amostra (como p.e., já terem feito psicoterapia anteriormente e/ou já terem tido aquela terapeuta), não encontramos um padrão de onde pudéssemos retirar alguma conclusão, sendo as três, todas elas diferentes: a **A** nunca tinha feito psicoterapia; a **B** já tinha, mas não com aquela terapeuta; e a **G** já tinha, com aquela terapeuta. Podemos afirmar que estes resultados vão ao encontro da literatura (e.g. Cordioli & Giglio, 2008; Horvath & Bedi, 2002; Kazdin, 2009; Timulak, 2010) uma vez que a identificação da principal causa que trouxe o cliente à terapia ajudou-o no seu esclarecimento e no reconhecimento daquilo que seria, provavelmente, mais egodistónico, ou seja, revelador de um conflito entre os pensamentos e comportamentos devido às necessidades do ego e ao conflito com a autoimagem (Rosenthal, 2003, p. 102), dando assim a possibilidade para que se desse a mudança comportamental, e analisando os resultados da convergência, podemos afirmar que se podem ter criado condições que resultem num vínculo terapêutico potencialmente mais forte e mais eficaz (Horvath & Bedi, 2002).

Timulak (2010) refere que os eventos significativos representam uma abordagem específica para o estudo dos momentos importantes identificados pelo cliente no processo de terapia. Já sabemos que a lógica subjacente a este tipo de investigação é a ideia de que este tipo de eventos identificados refletem os momentos mais frutíferos do trabalho terapêutico assumindo assim uma relação entre os mesmos e a eficácia da terapia. Após uma revisão de estudos qualitativos, o autor revelou eventos como: maior consciencialização das problemáticas, uma nova experiência emocional uma sensação de empoderamento, e impactos interpessoais que contribuíram para um melhor relacionamento com o seu terapeuta, como sentir-se amparado, tranquilizado ou vinculado, características semelhantes às categorias Cuidar e Identificação da Problemática Principal, onde a primeira tem implícita uma atitude cuidadora por parte do terapeuta, com afetos envolvidos, revelando maior vinculação, e a segunda por considerar a identificação e esclarecimento da problemática, permitindo assim a criação de espaço para a mudança.

Autores como Cordioli e Giglio (2008), referem que as variáveis mais relevantes responsáveis pela mudança na psicoterapia são: a) os fatores de natureza cognitiva e a capacidade para obter *insight*; b) a qualidade da aliança; c) a capacidade do terapeuta para dar apoio e reforçar o ego do cliente; d) a experiência afetiva e o

alívio da tensão; e) a capacidade do cliente para aprender a viver adequadamente, através da relação estabelecida com o terapeuta; e f) mais autoconsciência de seus problemas e abertura para a resolução de questões sociais que permitem a interação social como agente auxiliar da mudança psíquica. Os resultados do presente estudo vão ao encontro desta ideia, mas aqui podemos juntar duas dimensões: 1) a Identificação da Problemática Principal, como (a) fator de natureza cognitiva e a capacidade para obter *insight*; e 2) a convergência das díades que promove um vínculo terapêutico mais forte, significando (b) a qualidade da aliança. Se estas características revelam uma forte aliança terapêutica (AT), podemos afirmar que ajudam a promover um bom sucesso terapêutico e, nesse sentido podemos afirmar que esta ideia vai também ao encontro das categorias Cuidar e Atitude Construtiva deste estudo, onde os itens c), d) e e) corroboram os nossos resultados: c) a capacidade do terapeuta para dar apoio e reforçar o ego do cliente, semelhante à Atitude Construtiva; d) a experiência afetiva e o alívio da tensão; e e) a capacidade do cliente para aprender a viver adequadamente, através da relação estabelecida com o terapeuta, ambas semelhantes à nossa categoria Cuidar, onde o afeto ajuda no estabelecimento da relação, permitindo que o cliente experiencie uma forma de se relacionar mais adequada.

### Identificação dos desejos

Dar a possibilidade aos clientes e terapeutas de pedir três desejos foi uma forma de tentar entender as suas expectativas, e até que ponto ambos poderiam estar em sintonia acerca dos seus processos e objetivos terapêuticos. Assim, a categoria que emergiu com maior referência chama-se Características Associadas ao Cliente, ou seja, diz respeito a características que estão relacionadas com as competências pessoais que os clientes têm, mas ainda precisam descobrir, bem como aquelas que têm e devem continuar a trabalhar para melhorar. Seguiu-se a categoria Características Associadas ao Processo Terapêutica, de reportação moderada, que inclui temas como manter o sucesso da terapia, a confiança no terapeuta, a frequência das sessões, profissionalismo e empenho do terapeuta. Relativamente à convergência, três em oito díades convergiram (**A**, **B** e **H**), o que pode significar que tanto o terapeuta como o cliente estavam em sintonia acerca das expectativas e objetivos terapêuticos. Podemos ainda observar que duas díades (**A** e **B**) convergiram relativamente à satisfação com o sucesso e confiança na terapia, estando ambos bastante satisfeitos, à exceção da díade **H**, onde o cliente dá uma avaliação elevada, denotando bastante satisfação e o terapeuta uma avaliação moderada. Assim, mais uma vez, há uma tendência para os clientes darem valores mais elevados que os terapeutas. Sabemos ainda que a identificação de desejos convergentes dizem respeito à melhoria das características e competências dos clientes que devem ser melhoradas, mas principalmente, dizem respeito às características associadas ao processo, nomeadamente, manter o sucesso do processo terapêutico, a confiança e as características dos terapeutas, nomeadamente, o seu aspeto profissional e pessoal: na díade **A**, melhorar e

manter características e competências pessoais do cliente; na díade **B**, manter o profissionalismo do terapeuta; e na díade **H**, manter o apoio dos profissionais e o processo terapêutico. Igualmente à identificação dos momentos altos, não foram aqui encontrados padrões de funcionamento relativamente às características específicas da amostra (como p.e., já terem feito psicoterapia anteriormente e/ou já terem tido aquela terapeuta) sendo assim, este resultado, inconclusivo.

Relembrando Lambert (2013) e Norcross e Lambert (2011, 2018), sabemos que as variáveis relacionadas com o cliente explicam 30% da variância na mudança em psicoterapia e, que os clientes têm sido reconhecidos como tendo um papel crucial na psicoterapia (Bohart & Wade, 2013), tendo esta afirmação sido reiterada por diversos autores quando reforçam que a perspetiva qualitativa do cliente enquanto agente ativo que interfere no sucesso da terapia é fundamental (Fuentes & Williams, 2017; Hodgetts & Wright, 2007; Levitt et al., 2016; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Swift & Greenberg, 2015; Norcross & Wampold, 2011, 2019). No presente estudo, as Características Associadas ao Cliente estão relacionadas com as competências pessoais que os clientes devem reconhecer e continuar a trabalhar, e as Características Associadas ao Processo Terapêutico incluem temas como o sucesso da terapia, e a manutenção da frequência das sessões com confiança no profissionalismo do terapeuta. Assim, identificar os Desejos, significa identificar a possível conquista de metas, logo, se estas metas estão associadas às Características Associadas ao Cliente como um principal objetivo a ser cumprido, isto vem reforçar os resultados da investigação para mudança em psicoterapia: os clientes desempenham um papel crucial na psicoterapia, não só no peso que tem o seu papel a nível quantitativo, como nos contributos que dão das suas experiências vividas, a nível qualitativo.

Sobre as Características Associadas ao Processo Terapêutico, os resultados deste estudo mostram que há um sentimento de confiança associado ao terapeuta, uma vez que manter o seu profissionalismo é importante, quer para os próprios, quer para os clientes, bem como existe uma consciência de que a adesão à terapia é uma questão fundamental para o sucesso do resultado.

Relativamente à sua convergência, sabemos ainda que a identificação de desejos convergentes dizem respeito às características e competências dos clientes que devem ser melhoradas, mas principalmente, dizem respeito às Características Associadas ao Processo Terapêutico, onde são evidenciadas determinadas características pessoais e profissionais, nomeadamente, o lado apoiante do terapeuta e a confiança em todo o processo: na díade **A**, melhorar e manter características e competências pessoais do cliente; na díade **B**, manter o profissionalismo do terapeuta; e na díade **H**, manter o apoio dos profissionais e o processo terapêutico. Assim, identificar características de apoio e confiança associadas ao terapeuta e processo terapêutico, bem como a existência de convergência pode significar que ambos estavam em sintonia sobre os objetivos do processo terapêutico, e tendo em conta que objetivos comuns são preditores de um relacionamento forte, mais

especificamente, a existência de um consenso sobre os objetivos do tratamento e os meios para os concretizar, com o compromisso ativo e a responsabilidade do cliente, assim como o sentimento de que o terapeuta está igualmente envolvido (Horvath & Bedi, 2002), a convergência de desejos/metaspode aqui ser interpretada como preditora do sucesso terapêutico. Podemos ainda observar que duas díades (**A** e **B**) convergiram relativamente à satisfação com o sucesso e confiança na terapia, estando ambos bastante satisfeitos, à exceção da díade **H**, onde o cliente dá uma avaliação de elevada satisfação e o terapeuta revela uma satisfação moderada. Assim, mais uma vez, há uma tendência para os clientes darem valores mais elevados que os terapeutas, podendo esta satisfação ter influenciado positivamente a relação terapêutica ou ser representativa da mesma.

Finalmente, uma relação terapêutica forte é caracterizada por um elevado grau de colaboração entre o terapeuta e o cliente, bem como um vínculo afetivo entre ambos que inclui confiança e respeito mútuos, o sentimento de gostar um do outro e uma preocupação recíproca e inclui, igualmente, a existência de um consenso sobre os objetivos do tratamento e os meios para os realizar, com o compromisso ativo e a responsabilidade do cliente, bem como o sentimento de que o terapeuta está também envolvido (Horvath & Bedi, 2002). Os nossos resultados são consistentes com essa definição de três maneiras: a) Cuidar, representando a capacidade de sentir proximidade e afeto pelo outro promovendo uma relação de proximidade; b) Disponibilidade, que mostra a ideia de dedicação, empenho e esforço, no e para o processo; e c) de acordo com a “confiança e respeito mútuos”, identificando as Características Associadas ao Processo Terapêutico como um dos desejos a manter, e uma vez que isso significa um sentimento de confiança no terapeuta, podemos igualmente afirmar que os nossos resultados vão ao encontro com esta teoria.

#### 4.1.2      Tema 2 - O impacto do *feedback* positivo orientado para o sucesso

O primeiro objetivo deste tema foi avaliar de que forma o *feedback* positivo por parte do terapeuta é percecionado e pode ser considerado um agente facilitador do processo terapêutico. Os resultados foram divididos em dois grandes grupos, Respostas Ativas Construtivas (RAC) e Atos de Fala Positivos (AF+), que são técnicas descritas pelos participantes como tendo funções fundamentais: a primeira, reforça e encoraja os clientes, bem como fortalece-os e fá-los sentirem-se mais confiantes, e a segunda serve como um gatilho para o desenvolvimento de novas estratégias, serve como ferramenta de validação, incentiva o cliente, e revela interesse e aceitação por parte do terapeuta.

São ambas descritas como tendo diversas características em comum: reforçam, incentivam, validam comportamentos, promovem sentimentos de reconhecimento e bem-estar no cliente e, consequentemente, abrem caminhos e facilitam o processo para a mudança, evolução e crescimento. Mas é interessante notar que estas características têm pesos diferentes dentro de cada uma das técnicas. Assim, os AF+ são mais fortes quando se

---



trata de promover mudança, evolução e crescimento, e validar o cliente, seguindo-se o aspeto incentivador, e finalmente promover o bem-estar, reforço e reconhecimento. Já as RAC são mais fortes no que diz respeito ao reforço de comportamentos, seguindo-se a capacidade para promover mudança, evolução e crescimento, bem-estar, o aspeto incentivador e, finalmente, a validação.

Da mesma forma como têm características que as fundem, também têm aquelas que as separam e tornam únicas. Assim, as RAC são caracterizadas por promoverem orgulho, fortalecerem os clientes e aumentarem a confiança na relação, já os AF+ são caracterizados por promoverem estratégias alternativas mais eficazes, mostrarem interesse e aceitação por parte do terapeuta e transmitirem um sentimento de segurança no cliente. Tal como nas características semelhantes, aqui também são distribuídas com pesos diferentes e, desta forma, os AF+ são mais fortes na promoção de estratégias alternativas mais eficazes, seguindo-se a capacidade para mostrarem interesse e aceitação por parte do terapeuta e, finalmente, transmitirem segurança no cliente, já as RAC são mais fortes na promoção de orgulho e fortalecimento de clientes, seguindo-se o aumento da confiança na relação terapêutica.

Tendo em consideração estes resultados, podemos afirmar que os mesmos vão ao encontro de algumas teorias e investigações. Vamos iniciar esta discussão com as RAC, uma vez que foi a categoria que mais emergiu.

### **Respostas Ativas Construtivas (RAC)**

Em primeiro lugar, parece-nos estarmos perante uma técnica que favorece a procura e recorrência dos comportamentos esperados, através do encorajamento e reforço dos mesmos, promovendo assim orgulho nos clientes, bem como o seu fortalecimento. Parece assim, ser uma técnica semelhante à técnica comportamental de Reforço Positivo, que tem como base o Condicionamento Operante de Skinner (1951) e explica parte do fenómeno da aprendizagem. De acordo com este autor, um comportamento inato ou adquirido será selecionado, tendo em consideração as consequências desse mesmo comportamento. A aprendizagem é uma associação entre estímulos (S) e respostas (R) e o condicionamento ocorre quando a resposta é seguida de um estímulo reforçador e, desta forma, as consequências que advêm de uma determinada resposta vão influenciar as ações futuras (Skinner, 1951, 1953). De acordo com Thorndike (1898), o reforço positivo é definido como qualquer estímulo que, acrescentado à situação, aumenta a probabilidade de ocorrência da resposta. Esta técnica foi eficazmente usada em humanos através do sistema de Economia de Fichas em salas de aula, prisões e hospitais psiquiátricos, onde o comportamento esperado era reforçado com a entrega de fichas e, posteriormente, as mesmas eram convertidas nos sistemas de gratificação (como por exemplo doces, brinquedos, cigarros), explicando assim uma variedade ampla de comportamentos (Rachman, 2015). Embora esta teoria do reforço seja contestada por

alguns teóricos e investigadores sendo assim limitada no que diz respeito à explicação do fenómeno da aprendizagem (McLeod, 2018), podemos afirmar que, quando usada adequadamente para aumentar comportamentos esperados, como o sistema de Economia de Fichas, os resultados parecem ser positivos. Olhando assim para a semelhança entre esta técnica e as RAC, podemos afirmar que estas últimas funcionam de uma forma semelhante a este sistema, onde as RAC podem ser encaradas como as fichas que funcionam como incentivadores/encorajadores/reforçadores do comportamento, e o orgulho, e bem-estar como o sistema de gratificação, ou seja, a EP que promove, ajudando a fortalecer os clientes. O cliente tende a repetir o comportamento que foi reforçado através das RAC de forma a obter a EP como gratificação. Decorrente deste empoderamento, é natural que o cliente se sinta orgulhoso e mais fortalecido.

É ainda interessante notar que a atitude encorajadora do terapeuta descrita na categoria RAC como “promove sentimentos positivos e, consequentemente, parece ser impulsionadora de coragem e motivação para que o cliente mantenha ou até adote novas posturas de comportamento, mais adaptadas e emocionalmente ajustadas” é semelhante à nossa categoria Atitude Construtiva, identificada no primeiro tema desta investigação como uma das principais características do processo terapêutico, tendo este resultado sido corroborado por outros estudos, como uma das principais características dos terapeutas identificadas pelos clientes de forma a promover uma forte aliança terapêutica (AT) (Bedi, 2006; Bedi et al., 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi & Duff, 2014; Bedi & Richards, 2011; Duff & Bedi, 2010; Timulak & McElvaney, 2013). Mais. As RAC’s são caracterizadas, entre outras características, por aumentar a confiança na relação, tal como descrito “é mencionada como uma estratégia que parece influenciar positivamente a confiança entre o terapeuta e o cliente, reforçando assim o vínculo terapêutico”. Assim, se ser encorajador é identificado como uma característica que ajuda no vínculo da AT, podemos afirmar que, usar RAC, pode igualmente contribuir para uma AT mais vinculada. Vamos agora ilustrar evidência científica que sugere o potencial das RAC para a construção de AT. A investigação mostra que as respostas dos recetores às boas notícias e, mais importante, as perceções dos capitalizadores sobre as suas respostas, são fundamentais e críticas para determinar os resultados intrapessoais e interpessoais (Gable & Anderson, 2016; Gable et al., 2006; Gable et al., 2004; Lambert et al., 2012). Igualmente, quando as pessoas partilham eventos positivos com outras, o seu objetivo é sustentar, prolongar ou aumentar as EP (Rimé, 2007), mas talvez também para fortalecer o seu relacionamento com os recetores (Peter et al., 2018). Parece assim que o ato de capitalizar contribui para relações interpessoais mais fortes e duradoras, logo, capitalizar em contexto terapêutico através do uso de RAC, poderá igualmente ser uma forma de contribuir para AT mais fortes e duradoras.

Capitalizar é diferente de suporte social, sendo descrito como uma busca de crescimento e prosperidade na ausência de adversidades (Feeney & Collins, 2015). Desta forma, e com resultados de pesquisas consistentes,

os processos apetitivos e aversivos representam conceitos relacionados, mas são conceitualmente distintos (Gable & Reis, 2001), e assim, a existência de mecanismos afetivos, motivacionais e comportamentais que estão subjacentes ao processo de capitalização, distingue-a das definições tradicionais de suporte social (Peters et al., 2018). Novamente, os nossos resultados vão ao encontro da teoria e investigação. As RAC foram descritas pelos nossos participantes como uma técnica que contempla diversas características: a) de incentivadora (motivacionais), descritos como “uma técnica que parece influenciar na motivação e encorajamento do cliente, influenciando positivamente na sua autoconfiança e, consequentemente, reforçando a sua crença de autoeficácia, podendo assim ajudar o cliente a criar novas alternativas comportamentais, indo ao encontro de novas descobertas/conquistas”; b) de reforço (comportamentais), retratados como “a importância em devolver ao cliente a manifestação/entusiasmo em formato de elogio, decorrente de uma conquista/vitória alcançada de algo que, até então, era sentido como uma dificuldade/impossibilidade, promovendo um sentimento de valorização e responsividade, tornando-o assim mais consciente e aumentando a probabilidade de voltar a ocorrer”; e c) de bem-estar (afetivos) relatados como “os clientes referem que gostam muito de ouvir esta técnica porque fá-los sentirem-se muito bem e, por vezes, até aliviados e referem que, quanto mais estímulos positivos o terapeuta devolver, maior a possibilidade de transformar toda a sessão em algo mais positivo”. É interessante notar que estas três características (motivacionais, comportamentais e afetivas), estão, de acordo com os autores, subjacentes ao processo de capitalização, distinguindo-a assim, das definições tradicionais de apoio social (Peters, Reis & Gable, 2018). Parece ainda que, o ato de capitalizar facilita o objetivo fundamental de criar e manter alianças cooperativas, ou seja, de manter a necessidade de pertença de grupo, aumentando o valor social percebido (Delton & Robertson, 2016; Kenrick et al., 2005). Parece, igualmente, oferecer aos indivíduos uma oportunidade de restaurar o seu valor relacional sempre que este estiver mais diminuído, tendo assim um afeto negativo associado com uma baixa autoestima (Leary, 2010). Desta forma, se capitalizar parece ter esta função de união social, colocamos a possibilidade de poder, igualmente, unir os elementos envolvidos na terapia, influenciando positivamente a relação e, consequentemente, a AT. Observando aos benefícios do ato de capitalizar, podemos afirmar que estes, além de satisfazerem as necessidades de pertença de grupo, quando as interações de capitalização são bem-sucedidas, estas produzem EP (Gable et al., 2004; Langston, 1994; Reis et al., 2010). Tendo em consideração que as EP amplificam as nossas cognições, atenção e ações, e constroem recursos pessoais, sociais e psicológicos (Bosman, Snik, Mylanus, Hol, & Cremers, 2018; Fredrickson, 1998, 2001; Fredrickson & Branigan, 2005), podemos afirmar que estes benefícios vão ao encontro da nossa descrição de RAC, uma vez que são mencionadas como “um fenómeno de empoderamento dos clientes, que através de mecanismos como o reforço, encorajamento e motivação, parecem influenciar no bem-estar e na evolução terapêutica, bem como ajudam os clientes a sentirem-se orgulhosos e reconhecidos, mais confiantes e,

consequentemente, mais fortalecidos”. Outra justificação que parece motivar os capitalizadores é a ideia de prosperar, florescer e progredir em direção a um objetivo, apesar de, ou por causa das circunstâncias (Feeney & Collins, 2015). O termo “prosperar” deriva, em parte, do apoio positivo que um parceiro pode fornecer através de interações de capitalização responsivas (Feeney & Collins, 2015). Da mesma forma, o encorajamento dos parceiros ao esforço pessoal dos indivíduos pode promover a obtenção de metas e crescimento pessoal (Fitzsimons et al., 2015; Rusbult et al., 2009). Mais uma vez, a literatura vai ao encontro dos nossos resultados, já que a mudança, evolução e crescimento pessoal, é uma das características fundamentais associadas às RAC.

Os resultados de várias pesquisas nesta área têm vindo a mostrar que, ao nível interpessoal, capitalizar com um parceiro responsivo, através de Respostas Ativas Construtivas e Passivas Construtivas, está associado a um maior afeto positivo, satisfação com a vida, sentimentos de aceitação, bem-estar subjetivo e menor efeito negativo (Cohen et al., 2009; Gable et al., 2004). Da mesma forma, as investigações mostram que perceber o parceiro como responsivo tem demonstrado diversos resultados interpessoais, incluindo maior satisfação, compromisso, intimidade, confiança, qualidade de relacionamento com capacidade de resposta percebida, e menor dissolução de relacionamento (Bermis, 2008; Gable et al., 2004, Gable & Reis, 2006). Resultados de investigação mostram ainda que, a autorrevelação é um aspeto crítico das interações entre parceiro íntimos, mas ter um parceiro responsivo às necessidades do outro após a sua divulgação, leia-se “agir com responsividade”, é igualmente importante, ou seja, a forma como o parceiro responde à partilha de sentimentos, pensamentos ou eventos faz com que o emissor da notícia se sinta compreendido, validado e apoiado, e isto resulta na perceção de capacidade de resposta (Reis, Clark, & Holmes, 2004). Assim, o termo “responsividade” pode ser traduzido como a capacidade para dar uma resposta percebida que origina resultados positivos pessoais e de relacionamento (e.g. Laurenceau et al., 1998; Manne et al., 2004), e fomenta a intimidade nos relacionamentos, indo além dos benefícios da autorrevelação. De acordo com diversas pesquisas, a responsividade percebida é central em diversas áreas das relações próximas como p.e. intimidade, confiança e empatia (Lemay et al., 2007; Murray et al., 2006). Assim, os nossos resultados vêm corroborar esta teoria, onde podemos afirmar que terapeutas que utilizam RAC, ou seja, terapeutas responsivos, são terapeutas atentos às necessidades dos clientes, e, consequentemente, fazem com que os mesmos se sintam compreendidos, validados e apoiados, fomentando assim resultados positivos pessoais e de relacionamento, trazendo benefícios pessoais para o cliente, bem como para a relação terapêutica. Assim, se a responsividade percebida é central em diversas áreas das relações próximas como a confiança e empatia, então a responsividade percebida transmitida pelo terapeuta poderá igualmente tender a aumentar o vínculo terapêutico com o cliente.

Já sabemos que a capitalização à partilha de eventos positivos ou à autorrevelação é um aspeto crítico das interações entre parceiro íntimos, mas ter um parceiro responsivo às necessidades do outro após a sua

divulgação, pode fazer a diferença na forma como este se sente compreendido, validado e apoiado (Reis, Clark, & Holmes, 2004). Sabemos ainda, que o termo “responsividade” pode ser traduzido como a capacidade para dar uma resposta percebida que origina resultados positivos pessoais e de relacionamento (p.e., Laurenceau et al., 1998; Manne et al., 2004), e fomenta a intimidade nos relacionamentos, indo além dos benefícios da autorrevelação. Os nossos resultados sugerem que os clientes valorizaram a presença de um relacionamento atencioso, de suporte e sem julgamento: um ambiente terapêutico de compreensão e aceitação. Igualmente, os clientes influenciam na qualidade da relação e no sucesso da terapia, eles próprios também identificam algumas características que consideraram serem úteis para a terapia, nomeadamente, a sua autenticidade, participação e estar aberto à aprendizagem. Relativamente aos terapeutas, sabemos que, entre outras características, são valorizados na sua autenticidade, atitude calorosa e atitude construtiva e que a investigação mostra que a responsividade percebida é central em diversas áreas das relações próximas como p.e., intimidade, confiança e empatia (Lemay et al., 2007; Murray et al., 2006). Assim, de acordo com os nossos resultados e com resultados da investigação podemos afirmar que consideramos importante que os terapeutas encontrem um equilíbrio entre seu lado pessoal e técnico, devendo assim deixar emergir a sua componente afetiva, dedicada e responsiva para além do uso das suas competências técnicas associadas à psicoterapia, construindo alianças de proximidade de caráter sólido e consistente, proporcionando assim, maior suporte e confiança na relação. Igualmente, se o apoio a eventos positivos pode ser considerado um fator de grande contribuição para a perceção de disponibilidade (Gable et al., 2012) então o terapeuta devolver RAC pode igualmente contribuir para a perceção da sua disponibilidade. Mais uma vez, podemos afirmar que estes resultados vão ao encontro das características dos terapeutas apoiantes (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bacharel, 1995; Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2009; Bedi & Richards, 2011; Littauer et al., 2005; Mohr & Woodhouse, 2001) encorajadoras e afetivas (Bedi, 2006; Bedi et al., 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi & Duff, 2014; Bedi & Richards, 2011; Duff & Bedi, 2010; Timulak & McElvaney, 2013) características que os clientes elegem como fundamentais para o estabelecimento de uma forte AT.

Investigações nos últimos anos sugerem que a capitalização é essencial para a satisfação e crescimento dos relacionamentos interpessoais (e.g. Gable & Reis, 2006; Maisel, Gable, & Strachman, 2008) e estudos recentes mostraram que as tentativas de capitalização estão associadas a um maior bem-estar relacional, vinculação, segurança e aceitação (Gable et al., 2012; Pagani et al., 2015), particularmente quando as tentativas são explícitas (Pagani et al., 2015). Maiores perceções de apoio à capitalização estão associadas a uma maior satisfação no relacionamento, compromisso, amor e apreciação (Fivecoat et al., 2015; Gable & Anderson, 2016; Hershenberg et al., 2016; Kashdan et al., 2013; Lambert et al., 2012). Da mesma forma, sujeitos que acreditam que apoiaram o parceiro também apresentaram uma maior satisfação e comprometimento do relacionamento

(Kashdan et al., 2013), e além disso, os sujeitos que relataram empatia com as EP dos outros, expressaram uma maior disposição para ajudar aqueles que mais necessitam, e estão mais comprometidos em fazer os outros felizes (Andreychik & Migliaccio, 2015). Um estudo desenvolvido por Davoodvandi e colaboradores, (2018) mostrou que aumentar a auto divulgação e a capacidade de entendimento mútuo de forma a expressar interesse, melhora as interações entre os casais, tendo concluído que o modelo *Sound Relationship House* de Gottman (1994) ajuda a aprofundar a intimidade, a gerir o conflito e a partilhar o que é significativo para os dois, numa relação conjugal. De acordo com esta teoria, esse tipo de abordagem terapêutica, que influencia a melhoria do relacionamento do casal, fornece um mapa construtivo para a criação de amor e compreensão entre casais. Essa abordagem é usada na prática clínica para promover a estabilidade dos relacionamentos e a felicidade nos casais. Os autores concluíram que os três primeiros níveis da *Sound Relationship House* descrevem o sistema de amizade e intimidade, onde o "mapa de amor" no primeiro nível se refere à consciencialização e interesse dos cônjuges para o mundo interior, pensamentos, esperanças, ideias e sentimentos de ambos, criando um sentimento de reconhecimento. No segundo nível, através da atenção que prestam ao outro, bem como a admiração e apreciação dos cônjuges, cria-se um sentimento de valorização e atenção. No terceiro, os cônjuges são ajudados a aproximarem-se um do outro, em vez de se afastarem. Como resultado deste tipo de intervenção terapêutica, criam-se oportunidades para melhorar a comunicação e intimidade (Davoodvandi, Nejad, & Farzad, 2018). Tendo em consideração estes resultados, podemos afirmar que a capitalização poderá igualmente beneficiar o vínculo terapêutico e, consequentemente, o seu sucesso. Ainda relativamente às características associadas às RAC, podemos igualmente aqui equiparar o bem-estar que proporcionam e o aumento da confiança na relação.

Mas, e quando capitalizar? Embora não haja ainda muita investigação neste sentido, um estudo longitudinal realizado em 2013 por Logan e Cobb, devolveu que perceber um parceiro como responsivo levou a uma maior satisfação no relacionamento um ano depois, e esta associação foi moderada pela duração do relacionamento, tal como a capitalização esteve mais relacionada com a satisfação do relacionamento no início dos relacionamentos. Assim, de acordo com os autores, esta parece ser uma descoberta chave, alegando que, capitalizar numa altura precoce pode contribuir com capital emocional que fornece uma base para o desenvolvimento de confiança, intimidade mútua e EP, bem como pode servir de suporte contra futuras ameaças de relacionamento (Feeney & Lemay, 2012; Gable et al., 2004). Em 2015, Otto e colaboradores após estudo de casais, revelam que quanto mais os capitalizadores perceberam que o seu parceiro era responsivo, mais íntimos se sentiam (Otto et al., 2015) e, igualmente, casais em dificuldades submetidos a psicoterapia, relataram maior satisfação no relacionamento pós-terapia sempre que foi fornecido maior suporte à capitalização (Hershenberg et al., 2016). Pode-se dizer que uma relação terapêutica assenta, acima de tudo, num relacionamento interpessoal

de confiança e até intimidade (pela relação de proximidade), logo, poder-se-á dizer que, usar RAC precocemente em contexto terapêutico, poder-se-á estar a contribuir para um vínculo terapêutico forte e a prevenir futuras ameaças de ruturas e/ou *drop-out*.

### **Atos de Fala Positivos (AF+)**

Começando por situar este conceito na literatura, os AF+ surgem no âmbito da busca do entendimento das equipas que florescem, sendo o florescimento entendido como uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos (Keyes & Haidt, 2003). Estes autores salientam ainda que o florescimento significa um estado no qual os indivíduos sentem EP pela vida, apresentam um ótimo funcionamento emocional e social, e não possuem problemas relacionados à saúde mental, vivendo intensamente, mais do que meramente existindo. Sabemos que as EP induzidas em laboratório promovem bem-estar psicológico e causam uma maior dissipação das emoções negativas, servindo, igualmente, para desfazer os efeitos secundários cardiovasculares das emoções negativas, e ajudar os indivíduos a encontrar significados positivos em situações de stress (Fredrickson, 1998; Fredrickson, 2001; Fredrickson, 2003; Fredrickson et al., 2000; Seale et al., 2010). Sujeitos com maiores níveis de EP vão empenhar-se em mais pensamentos, comportamentos e atos volitivos promovendo a sua reabilitação (Dunn & Brody, 2008), tendem a participar mais em relacionamentos sociais, a ser mais otimistas relativamente ao futuro, a ter mais sucesso no confronto e a sentirem que possuem o controlo das suas vidas (Ostir et al., 2001). Sabe-se ainda que, estabelecer uma orientação para o futuro permite aumentar os níveis de EP, sentir-se motivado para agir e realizar mudanças favoráveis (Dunn et al., 2009). Parece assim, ser de todo o interesse para o ser humano, implementar em situações de clínica, estratégias que ajudem na indução de EP, ajudando assim a identificar e a promover o florescimento dos aspetos virtuosos da natureza humana, sem nunca desvalorizar o sofrimento.

Olhando para as características dos AF+, podemos afirmar que se assemelham aos benefícios promovidos pelas EP, podendo assim levar ao florescimento em situações de clínica. Vejamos. A subcategoria de Bem-estar dos AF+ assemelha-se ao bem-estar psicológico que a indução de EP promove, bem como parece assemelhar-se ao facto de causarem maior dissipação de emoções negativas, uma vez que os participantes afirmam gostarem muito de ouvir esta técnica pelo facto de lhes promover bem-estar (fá-los sentirem-se muito bem) e, por vezes, até aliviados. Salientam ainda que, quanto mais estímulos positivos o terapeuta devolver, maior a possibilidade de transformar toda a sessão em algo mais positivo, o que pode significar que, quando maior a ocorrência de AF+, mais a produção de EP e maior o florescimento. Igualmente, parecem assemelhar-se às características da subcategoria Mudança, Evolução e Crescimento, onde, encontrar significados positivos em situações de stress é semelhante à ressignificação inerente a qualquer processo de mudança, evolução e

crescimento que resulta na criação de resiliência. É ainda semelhante à subcategoria, Incentivar, já que incentivar positivamente o cliente parece aumentar a sua autoconfiança e, consequentemente, motiva o cliente a superar as dificuldades, reforçando as suas conquistas, e semelhante às características da categoria Estratégias Alternativas Mais Eficazes e da categoria Validação, uma vez que a primeira é descrita pelos participantes como um confronto construtivo que ajuda o cliente a refletir sobre a problemática e a criar outras visões da mesma, mais eficazes, resolutas e assertivas, permitindo assim, a abertura para novas descobertas e a segunda, Validação, salienta que parece influenciar positivamente a perceção do cliente favorecendo a avaliação do comportamento e ajudando na clarificação da problemática, ambas semelhantes à capacidade para encontrar significados positivos em situações de stress. Finalmente, podemos afirmar que as EP, ao promoverem bem-estar com dissipação das emoções negativas e ajudando a encontrar significados positivos em situações de stress, parecem igualmente promover um acréscimo ao sentimento de segurança do cliente, o que se assemelha à descrição dos AF+ uma vez que são referidos como um estímulo que parece influenciar positivamente o sentimento de eficácia e autoestima do cliente, diminuindo o sentimento de insegurança, tornando-os mais forte e seguros.

De acordo com diversos autores (Fredrickson, 2009; Fredrickson & Losada, 2005; Losada, 1999; Losada & Heaphy, 2004; Waugh & Fredrickson, 2006), quanto maior o desempenho da equipa, maior a capacidade para compreender o outro na sua complexidade e para interagir com o outro através do positivo, promovendo sentimentos agradáveis, ajudando a manter e a motivar comportamentos – positividade. Ao invés, interagir com o outro através do negativo, promove sentimentos desagradáveis, e ajuda a diminuir ou a cessar comportamentos, ou até mesmo a redirecioná-los - negatividade. Assim, um Ato de Fala Positivo reflete demonstração de apoio, encorajamento ou apreciação, e um ato de fala negativo reflete demonstração de desaprovação, sarcasmo ou ceticismo (Fredrickson, 2009; Fredrickson & Losada, 2005; Losada, 1999; Losada & Heaphy, 2004; Waugh & Fredrickson, 2006). Embora o rácio de 2.9 para o florescimento tenha sido questionado uns anos mais tarde (Brown et al., 2013), Fredrickson e Losada mantiveram a sua convicção de que, de um modo geral, uma elevada taxa de positividade versus negatividade emocional é benéfica ao florescimento (Fredrickson & Losada, 2013). Novamente, podemos encontrar semelhanças entre as características motivacionais de comportamento, demonstrações de apoio, encorajamento ou apreciação da positividade, com as descrições das subcategorias Incentivo, Estratégias Alternativas Mais Eficazes e Validação dos AF+, onde a primeira mostra que incentivar positivamente o cliente parece aumentar a sua autoconfiança motivando-o a superar as dificuldades e reforçando as suas conquistas, a segunda é uma técnica que parece encorajar na criação de novos caminhos alternativos mais eficazes, resolutos e assertivos, e a última, uma forma de validação de comportamentos que parece influenciar positivamente a perceção do cliente como se de uma



confirmação/aceitação se tratasse. Assim, recordando a descrição geral dos AF+ “uma estratégia que incentiva e encoraja positivamente o cliente, influenciando no aumento da sua autoconfiança, autoestima e autoeficácia, motivando-o a superar as dificuldades e reforçando as conquistas, tornando-o assim o processo de vitória e mudança mais consciente, e, conseqüentemente, influenciando positivamente o sentimento de segurança” podemos afirmar que os mesmos se assemelham ao fenómeno do florescimento, já que favorecem os clientes em contexto clínico, tal como foi observado em contexto organizacional e social, contribuindo para o processo de empoderamento dos mesmos, podendo ajudar na recuperação da saúde mental e a prevenir a reincidência da psicopatologia.

Finalmente, se olharmos para a Teoria da Ampliação e Construção de Emoções desenvolvida pela mesma autora (Fredrickson, 2013) podemos observar semelhanças entre uma das características da Ressonância de Positividade (RP) com a descrição feita pelos participantes relativamente ao impacto da positividade, ou seja, ao impacto dos AF+: “parece revelar interesse e aceitação por parte do terapeuta, transmitindo um sentimento de segurança, bem-estar e reconhecimento no cliente, promovendo mudança, evolução e crescimento”. Vejamos. De acordo com esta teoria, uma ligação interpessoal de alta qualidade, denominada de RP, pode surgir entre parceiros românticos, amigos de longa data, colegas de trabalho ou até entre estranhos, sendo assim particularmente poderosa na promoção da saúde e bem-estar. Esta é caracterizada como uma experiência momentânea que ocorre quando duas ou mais pessoas têm uma ligação interpessoal composta por três características: 1) afeto positivo partilhado entre as duas, 2) cuidado e preocupação mútuos, e 3) sincronia comportamental e biológica. Se olharmos para a descrição da segunda característica, “cuidado e preocupação mútuos”, esta refere-se à medida em que cada pessoa está momentaneamente preocupada e dedicada ao bem-estar do(s) outro(s) (Fredrickson, 2013), sendo o cuidado e preocupação mútuos importantes nos relacionamentos de alta qualidade, uma vez que o sentimento de reconhecimento ou respeito confirma o valor e o sentido de competência que o outro lhe dá (Dutton & Heaphy, 2003). Isto torna os parceiros da interação com menor propensão a sentirem-se julgados e mais dispostos a oferecer os seus pontos de vista, sem medo de prejudicar a sua imagem (Carmeli et al., 2009; Edmondson, 2004). A perceção deste investimento genuíno e a capacidade de resposta foram identificados como uma marca importante de proximidade e intimidade (Reis et al., 2004). Podemos assim assemelhar a característica “cuidado e preocupação mútuos” com a demonstração de interesse e aceitação por parte dos terapeutas, podendo assim ser percecionadas como um investimento genuíno e uma marca importante de proximidade e intimidade. Assim, se demonstrar interesse e aceitação pode ser percecionado como um investimento genuíno, próximo e íntimo, podemos concluir estarmos perante uma técnica que parece contribuir para uma elevada proximidade e intimidade entre o terapeuta e o cliente, promovendo assim uma maior vinculação e, conseqüentemente, um processo terapêutico mais eficaz.

### **Relação com eficácia, rapidez e satisfação**

Finalmente, foram analisadas as respetivas associações entre AF+, RAC e RPC com eficácia, rapidez e satisfação com evolução do processo e melhoria de sintomas. Para os AF+, os resultados não apresentaram diferenças merecedoras da nossa reflexão, logo, a nossa questão não se verificou. No caso das RAC, a nossa questão só se verificou ao nível da eficácia para clientes no grupo baixo (26-50). Para as RPC, a nossa questão verificou-se ao nível da confiança para clientes e eficácia para terapeutas, ambos no grupo muito baixo (0-25).

De uma maneira geral, comparando o uso de RAC e RPC, podemos afirmar que as RAC são percecionadas como mais eficazes e satisfatórias quando comparadas com RPC, o que veio confirmar a nossa questão.

#### **4.1.3      Tema 3 - O impacto do *feedback* negativo, neutro e das respostas orientadas para a problemática**

O primeiro objetivo deste tema foi avaliar de que forma os AF-, *Feedback* Neutro e ROP são percecionados, e se podem ser considerados facilitadores ou não do processo terapêutico. Os resultados mostram que os participantes descrevem as ROP e os AF- como abordagens que são compostas por duas características centrais, onde a primeira ajuda a gerir angústias e mostra interesse fomentando a partilha, e a segunda ajuda no confronto de temáticas mais difíceis estimulando o questionamento, sendo mencionada como algo que deve ser dito num formato construtivo. O *Feedback* Neutro é uma abordagem neutra do terapeuta que é descrita pelos participantes como tendo duas funções principais opostas: a primeira, é que deve ser usada em temáticas menos valorizadas, ou seja, temáticas que não fazem parte do plano terapêutico ou temáticas para as quais o cliente não tem ainda maturidade para se confrontar; a segunda, é que parece ser uma técnica que promove reflexão e crescimento, uma vez que pode ser encarada como um incentivo para um maior esforço e dedicação por parte do cliente.

### **Respostas Orientadas para a Problemática (ROP)**

A primeira subcategoria das ROP, Ajuda a Gerir Angústias, foi relatada como uma técnica que ajuda o cliente a identificar, compreender e ressignificar as angústias, facilitando assim o reconhecimento e aceitação das mesmas, preparando-o para lidar melhor com situações iguais ou semelhantes no futuro. A segunda, Mostra Interesse por Parte do Terapeuta, é demonstrativa da disponibilidade do terapeuta com características apoiantes

---

e orientadoras. Parece-nos assim que as ROP revelam a competência e uma real disponibilidade do terapeuta, onde é refletida a sua empatia, valorizando o problema em si.

Se olharmos para a definição de empatia, podemos observar diversas perspectivas. De acordo com Eisenberg e Miller (1987) esta pode ser considerada como uma experiência indireta de uma emoção próxima à emoção vivida por outra pessoa sendo assim uma condição estruturante no ser humano, onde se reflete a capacidade de pensar e dar um apoio social ou afetivo ao outro, revelando uma cumplicidade como o outro. Batson, Duncan, Ackerman, Buckley e Birch (1981) defendem a existência relacional entre os constructos empatia e altruísmo, onde a empatia decorre de uma excitação emocional negativa ou positiva. No seu modelo teórico, não é excluída a capacidade de que a pessoa poderá ajudar, mesmo que para ela não ocorra um ganho próprio. Por outro lado, isso contraria a teoria de que a empatia seria um fator da interação social que tornaria o sujeito apto em perceber, regular e lidar com o reconhecimento das emoções na sua dinâmica social, valorizando a importância dos outros (Michener, DeLamater, & Myers, 2005). A Gestalt defende que os valores do outro percebido não se devem às atribuições que o sujeito identifica no outro, mas sim, à forma como se identifica com o outro ou com ele próprio, como se dele fizesse parte (Penna, 1997), havendo assim uma disposição natural para partilhar com o outro. Assim, ao reconhecer essa disposição, pode-se assumir que existe uma ressonância interpessoal que inclui uma ética relacional onde, para além de respeitar e compreender o outro, o sujeito inclui-se no campo do seu problema uma vez que apresenta uma atitude e disponibilidade de abertura (Depraz, 2005). Neste sentido, é possível que o fator psicológico, tanto de quem precisa de ajuda como daquele que ajuda, ou melhor, daquele que empatiza, esteja disposto a acolher o outro, podendo assim alargar os horizontes da situação sofrida, reabrindo espaço para uma melhor interação pessoal (Depraz, 2005). Eagle e Wolitzky (2009) definem que neste conceito existe a necessidade de se colocar na “pele” do outro, de forma a perceber a sua perspectiva e o que é experienciado, sentido e pensado. É como se conseguisse ver o outro a partir da sua estrutura interna de referência, compreendendo e partilhando sentimentos e estados psicológicos. De acordo com Warner (1999) a empatia tem um forte potencial indutor de mudança e este autor descreve alguns aspetos peculiares do processo empático, da seguinte forma: o modo como a empatia é comunicada tende a ser positivo e orientado para a experiência do sujeito, as respostas empáticas conduzem ao aparecimento de novas facetas acerca do que foi vivenciado, permitindo a reformulação das narrativas. A sua manifestação por parte do outro é crucial para manter uma adequada função objetal (que a autora define como a função necessária à conservação da coerência e da estabilidade da experiência do sujeito, numa relação) e permitir o amadurecimento de outras capacidades. O relacionamento empático tende a pôr em causa a forma como o próprio e como os outros lidam com as vivências e a expor falhas empáticas precoces, o que depois pode dificultar a exploração das experiências, se forem intensas, ou a mudança de perspectiva sobre as mesmas. Como pode assim, a empatia gerar mudança?

Para este autor, o sentimento de reconhecimento, de si e da sua experiência, por outro ser humano, vale por ele próprio, tornando-se num elo de ligação, entre duas pessoas, possibilitando a consciencialização de aspetos mais inconscientes e implícitos e, posteriormente, a mudança. Este reconhecimento é a percepção de que uma pessoa sente e compreende a situação pela qual outro sujeito passou, sem que isso envolva qualquer tipo de ameaça ou julgamento. Autores como Greenberg e Elliott (1999) descrevem a empatia como uma tentativa de contactar com o mundo interno e com as referências idiossincráticas do sujeito, uma atitude que envolve um tipo especial de escuta, como se “fosse o outro”. A empatia não é simplesmente um relacionamento amigável, ser simpático ou caloroso. É um processo bem mais profundo de contacto com o mundo interior de outra pessoa, de entrar em sintonia com as várias vertentes dos seus sentimentos, dos seus significados e com o sentido que o sujeito atribui às suas experiências atuais, de forma a saber como é ser aquela pessoa, naquele momento. É uma forma afetiva de compreensão, que não está unicamente dependente de elaboração cognitiva, diferindo do conhecimento racional. Envolve uma compreensão emocional complexa e também uma resposta afetiva ao que foi sentido. A comunicação do entendimento empático é importante, na medida que promove um ambiente seguro, que facilita a exploração e a regulação afetiva. A simbolização dos afetos através de respostas empáticas ajuda quer na sua assimilação, quer na sua reorganização (Greenberg & Elliott, 1999).

Parece-nos assim que, embora existam diversas lentes que explicam este constructo, há uma base comum a todos eles: a empatia promove proximidade e parece ajudar no fenómeno de mudança. Assim, se dar ROP é reflexo de empatia, então podemos afirmar que dar ROP parece promover proximidade e ajudar na mudança terapêutica, logo, parece contribuir positivamente para a construção da aliança terapêutica (AT) e para um resultado terapêutico mais eficaz.

A disponibilidade do terapeuta para estar com o outro, reconhecendo, valorizando e respeitando o cliente de uma forma genuína parece, igualmente, assemelhar-se a um dos facilitadores da relação terapêutica da Terapia Centrada na Pessoa, de Carl Rogers (1957, 1992), o “*Positive Regard*” (PR), que significa a devolução de considerações positivas por parte do terapeuta e representa uma aceitação calorosa do mesmo a cada aspeto experiencial do cliente, tendo isto inicialmente sido definido como um “calor não possessivo” e, posteriormente, foram utilizados termos semelhantes como “afirmação”, “apoio”, “respeito”, “valorização” e “calor”, de forma a explorar a sua construção. De acordo com a literatura, Rogers (1957, 1992) postulou que, considerações positivas de congruência (autenticidade) e empatia por parte dos terapeutas, eram consideradas condições necessárias e suficientes para que se desse mudança terapêutica. Este autor afirmou que a presença destas condições era fundamental para a AT, contribuindo de forma confiável para o curso da psicoterapia, independentemente da técnica ou outros fatores (Moore, 1991). Esta conclusão tem vindo a ser testada ao longo dos tempos, e tem sido frequentemente apoiada pela literatura (e.g. Norcross & Wampold, 2011, 2019). Em

2011, Farber e Doolin sugerem que o PR tem, pelo menos, uma associação moderada com o resultado da terapia. Igualmente, a Força-Tarefa da APA *Evidence-Based Relationships* concluiu que o PR parece ser um ingrediente da AT provavelmente eficaz, sugerindo investigações mais aprofundadas (Norcross & Wampold, 2011, 2019). Em 2016, Suzuki e Farber realizaram um estudo com o objetivo de compreender quais os comportamentos dos terapeutas que os clientes mais valorizam, e os resultados devolveram duas características, entre outras, que refletem uma estrutura latente da percepção dos clientes sobre o PR: 1) Declarações de Apoio/Cuidado; 2) Comportamentos Responsividade Única. A primeira sugere declarações explícitas de encorajamento, apoio, admiração e cuidado, e representam uma componente significativa da PR, e a segunda foi caracterizado por diversas ações do terapeuta que geralmente são vistas como contribuindo para uma relação terapêutica forte e refletem um terapeuta que está verdadeiramente em sintonia com o seu cliente, ouvindo atentamente, mostrando compreensão e recordando aquilo que foi compartilhado (Suzuki & Farber, 2016). De acordo com os autores, esta categoria é consistente com o constructo de PR de Rogers (1957, 1992), mas também com o constructo de empatia e o termo “responsividade”, apesar de operacionalizado de formas diferentes (e.g. Stiles, 2009; Elkin et al., 2014), parece evidenciar um sentimento de que o terapeuta está, de facto, interessado e atento ao cliente, além de poder e estar disposto a permitir que o contexto emergente em terapia influencie as suas respostas. Mais recentemente, em 2018, Farber, Suzuki e Lynch realizaram uma meta-análise de investigações que associaram os PR com o resultado da terapia, e os resultados apresentaram uma pequena associação positiva entre PR e o resultado do tratamento. No entanto, através da repetição de um conjunto de dados e amostras de estudo controlados dentro da base de dados, uma meta-análise multinível indicou uma relação mais forte entre PR e o resultado clínico. De acordo com os autores, estes resultados parecem apontar os PR como um componente significativo da AT que leva a melhores resultados clínicos. Assim, se as características da ROP se assemelha ao PR, uma vez que é uma estratégia demonstrativa da disponibilidade do terapeuta através da manifestação de interesse para ouvir o cliente, com características apoiantes e orientadoras, podemos afirmar que dar ROP será semelhante a dar PR, contribuindo assim para uma AT mais forte e significativa, originando resultados clínicos mais eficazes.

### **Atos de Fala Negativos (AF-)**

Relativamente aos AF-, estes são descritos como uma estratégia que parece ajudar no confronto de temática mais difíceis, estimulando o questionamento e fomentando um aumento do esforço do cliente para a concretização dos objetivos terapêuticos, podendo influenciar assim no seu processo de crescimento e evolução terapêutica. Embora seja identificado com uma carga negativa por ser de cariz confrontativo, expondo mais a fragilidade/dificuldade/medo do cliente, sendo assim de maior exposição, parece ser encarada como algo

construtivo por estar associada aos objetivos terapêuticos a concretizar, bem como ajudar a reconhecer e a interiorizar as fragilidades/dificuldades/medos por parte do cliente, promovendo assim a sua aceitação, reconhecimento e, consequentemente, estimulando a mudança positiva. Parece assim ser uma estratégia que ajuda a orientar o cliente no sentido de adotar o comportamento mais adequado, sendo sentida como algo que é validante.

Igualmente, é indicada pelos participantes que Deve ser Dita num Formato Construtivo para que possa ter impacto positivo, implicando assim alguns cuidados a ter quando é usada, nomeadamente, tem que ser dita num formato construtivo ou ser usada em conjunto com *feedback* positivo, caso contrário, se dita num formato negativo e menos construtivo, parece ter um impacto negativo no cliente, e como consequência quebrar a relação terapêutica, acabando por afastar o cliente da terapia. Podemos assim afirmar estarmos perante uma técnica que parece promover a mudança terapêutica e é sentida como uma técnica validante, uma vez que ajuda o cliente a confrontar-se com os seus medos, orientando-o a adotar comportamentos mais adequados e emocionalmente ajustados, mas deve ser usada de uma forma criteriosa.

Olhando para estas características, podemos encontrar semelhanças entre os AF- e a Dessensibilização Sistemática (DS), que é uma técnica comportamental desenvolvida por Wolpe (1964) e tem como base o princípio do condicionamento clássico de Watson (Watson & Rayner, 1920). É utilizada para ajudar a reduzir o medo, a fobia, a ansiedade ou a sensibilidade, através de uma exposição repetida, e o seu objetivo é eliminar a resposta negativa a uma série de estímulos (p.e. medo de alturas) de uma forma gradual, podendo substituí-la por uma resposta mais adaptativa e eficaz (Wolpe, 1964). De acordo com esta técnica, o terapeuta identifica as cognições, emoções e estímulos fisiológicos que acompanham o estímulo sentido como aversivo, anulando os comportamentos de fuga e evitamento associados que são chamados de comportamentos de manutenção da patologia, uma vez que mantêm a emoção negativa e a crença disfuncional, tratando-se de um processo sistemático e hierárquico que acontece ao longo do tempo (Wolpe, 1964). De acordo com este autor, inicialmente o cliente identifica todos os comportamentos de manutenção da patologia (evitamento e fuga), classificando-os posteriormente numa hierarquia, listando os níveis de ansiedade ou medo associados ao estímulo, e gradualmente, vai-se expondo às situações desconfortáveis, através da utilização de técnicas de relaxamento e adotando novos comportamentos alternativos mais apropriados e eficazes. Assim, à medida que vai progredindo, o cliente fica insensível ao medo pela exposição ao estímulo, e a ansiedade acaba por se extinguir gradualmente, passando posteriormente à fase de generalização (Wolpe, 1964). Desta forma, sendo os AF- descritos como uma técnica que ajuda o cliente a confrontar-se com os seus medos e o orienta no sentido de adotar comportamentos mais adequados e emocionalmente ajustados, contribuindo para a mudança terapêutica, podemos afirmar que esta técnica é semelhante à DS uma vez que implica uma exposição gradual

aos medos (confronto), promovendo a extinção gradual dos comportamentos inapropriados e a substituição por comportamentos adaptativos eficazes, não contemplando explicitamente a hierarquização das situações. Não podemos deixar de referir que, embora não haja uma hierarquia explícita nesta técnica, acreditamos que o profissionalismo e bom senso do terapeuta ajude a que este confronto seja feito de uma forma gradual (utilizando um formato construtivo ou em conjunto com *feedback* positivo), caso contrário, tal como referem os participantes, poderá quebrar a AT e afastar o cliente da terapia.

Podemos, igualmente, encontrar algumas semelhanças entre as características dos AF- descritos no presente estudo e os AF- descritos por diversos autores da PP (Fredrickson, 2009; Fredrickson & Losada, 2005; Losada, 1999; Losada & Heaphy, 2004; Waugh & Fredrickson, 2006), onde os autores defendem que interagir com o outro através do negativo (AF-) promove sentimentos desagradáveis, e ajuda a diminuir ou a cessar comportamentos, ou até mesmo a redirecioná-los (negativismo). Assim, embora os AF- sejam caracterizados no presente estudo com uma carga negativa por ser de cariz confrontativo, expondo mais a fragilidade/dificuldade/medo do cliente, esta parece também ser encarada como algo construtivo por estar associada aos objetivos terapêuticos a concretizar, bem como ajudar a reconhecer e a interiorizar as fragilidades/dificuldades/medos por parte do cliente, promovendo assim a sua aceitação, reconhecimento e, consequentemente, ajudar a estimular a mudança positiva, sendo assim uma descrição complementar à descrição original dos AF- (Fredrickson, 2009; Fredrickson & Losada, 2005; Losada, 1999; Losada & Heaphy, 2004; Waugh & Fredrickson, 2006) que representam atitudes de sarcasmo e têm o poder de alterar, modificar ou até parar comportamentos.

Tal como nas ROP, parece-nos podemos afirmar que os AF- ajudam no estabelecimento da AT quando usados de forma construtiva ou em conjunto com *feedback* positivo. É na AT que surge a capacidade para promover mudança psíquica e, consequentemente, um maior domínio sobre os conflitos. Ao sentir-se mais confiante, o cliente ganha uma maior consciência dos seus padrões de conduta e uma maior compreensão dos seus sintomas, que são o reflexo do seu funcionamento.

### ***Feedback Neutro***

Finalmente, a técnica do *Feedback* neutro é uma abordagem neutra do terapeuta que é descrita pelos participantes como tendo duas funções principais, curiosamente, opostas: a primeira, é que deve ser usada em temáticas menos valorizadas, ou seja, temáticas que não fazem parte do plano terapêutico ou temáticas para as quais o cliente não tem ainda maturidade para se confrontar; outra função possível, é que parece ser uma técnica que promove reflexão e crescimento, uma vez que pode ser encarada como um incentivo para um maior esforço e dedicação por parte do cliente.

Parece-nos assim, estarmos aqui perante a gestão do *setting* terapêutico, onde o terapeuta exerce um papel de orientação, com definição de limites e ética. O processo terapêutico decorre num espaço e num tempo bem definido, designado por *setting* terapêutico, e, apesar deste não estar ainda devidamente definido, algumas escolas têm-lhe atribuído especial importância, bem como têm dado especial enfoque ao seu papel “constante” no processo terapêutico (Leal, 2018). Para alguns autores, o *setting* é definido apenas pelo ambiente físico onde decorre a terapia (Leal, 2018), para outros é neste ambiente que se aliam as constantes de tempo e lugar, ou seja, o papel do terapeuta e do cliente, e os objetivos que pretendem atingir (Etchegoyen, 1987; Leal, 2018). Para os mais conservadores, o *setting* traduz o protocolo rigoroso de funcionamento da orientação teórica com as suas linhas de orientação (Leal, 2018), outros consideram-no uma entidade dinâmica definida por uma estrutura e uma função consequentes e bem articuladas, sendo assim um instrumento técnico cujo manuseamento eficaz vai influenciar no sucesso da terapia (Farate, 2012), incorporando assim aspetos objetivos e subjetivos, admitindo diversas formas de operacionalização, em função das características do terapeuta e do cliente. Frank e Frank (1971, 1993) postulam que todas as psicoterapias assentam numa relação entre o terapeuta e o cliente que é estruturada num determinado enquadramento conceptual e com um cenário específico, denominado de *setting*, e classificam-no, não só como um fator comum, mas como uma base para a relação, sendo assim um ingrediente fundamental para que ocorra o sucesso terapêutico. De acordo com Winnicott (1971), o *setting* deverá ser representativo da capacidade que o terapeuta tem de dar apoio estruturante de forma a possibilitar a emergência do verdadeiro self no cliente. Assim, o terapeuta tem uma função de *holding* e é visto como um meio para a recriação de um ambiente seguro, podendo assim ser facilitador de um *self* saudável (Fleming, 2006; Fleming, 2003). Zimerman (2000) define o *setting* como a “soma de todos os procedimentos que organizam, normalizam e possibilitam o processo terapêutico” (p.144). Esta definição abrangente, assegura que esta entidade dinâmica da relação terapêutica se constrói desde o momento inicial da psicoterapia e se mantém ao longo de todo o processo terapêutico (Etchegoyen, 1987) onde o terapeuta assume num papel de mediador do tratamento, mas também de condicionante da relação entre o terapeuta e cliente. Ao terapeuta cabe ainda o papel de “guardião” do *setting*, para que este possa permanecer estável ao longo do processo terapêutico (Zimerman, 2000). Cabe assim ao psicoterapeuta definir e limitar adequadamente os contornos da relação terapêutica, estabelecendo a assimetria e a não-similaridade entre o terapeuta e o cliente, uma vez que só com os papéis bem definidos para cada um poderá emergir a sua função no processo terapêutico. Quando o *setting* está assim, claro e definido, o processo terapêutico poderá evoluir em busca dos seus objetivos, garantindo a posição técnica e profissional do terapeuta, garantindo igualmente a importante dimensão ética da relação com o cliente (Etchegoyen, 1987; Etchegoyen, 2001).



Podemos assim concluir que existe uma ideia comum que prevalece acerca do *setting* terapêutico: o papel do terapeuta como mediador de todo o processo, estipulando os seus contornos, com a definição de papéis, limites e ética, garantindo um ambiente estável e securizante que promova a mudança terapêutica. Assim, olhando para as duas principais funções do *feedback* neutro, onde a primeira retrata que “deve ser usado em temáticas menos valorizadas, ou seja, temáticas que não fazem parte do plano terapêutico ou temáticas para as quais o cliente não tem ainda maturidade para se confrontar” parece-nos assemelhar-se à função do terapeuta como mediador do processo, orientando o percurso do diálogo, garantindo que se abordam temas relevantes para o processo terapêutico, e evitando temas para os quais considera que o cliente não está preparado, de forma a construir uma relação única e transformadora, e a segunda que “parece ser uma técnica que promove reflexão e crescimento, uma vez que pode ser encarada como um incentivo para um maior esforço e dedicação por parte do cliente” onde, mais uma vez, o terapeuta adota um papel orientador, promovendo o crescimento do cliente de uma forma autónoma através de uma descoberta guiada.

### **Relação com eficácia, rapidez e satisfação**

Os dois últimos objetivos deste tema foram relacionar o tipo de foco e a perceção de foco, com a perceção de eficácia, rapidez e satisfação com o processo, nomeadamente, o foco orientado para sucessos mais que problemáticas, e os resultados não apresentaram diferenças merecedoras da nossa reflexão. Por curiosidade, analisámos se o contrário, ou seja, problemas maiores que sucessos, apresentava valores merecedores da nossa reflexão, mas tal não sucedeu, mas quando analisámos a igualdade nos sucessos e problemas, a sua perceção devolveu resultados merecedores da nossa reflexão, para o caso dos terapeutas, onde os resultados parecem sugerir uma associação entre eficácia da terapia e perceção de sucessos igual à perceção de problemas, o que parece revelar que, quando há equilíbrio nas perceções, há uma tendência para os terapeutas percecionarem o resultado da terapia como mais eficaz.

Podemos assim concluir que, de acordo com os nossos resultados, orientar o foco ou a perceção do foco para os sucessos, mais que para as problemáticas, ou o inverso, não torna o processo terapêutico subjetivamente mais eficaz, rápido ou satisfatório, no entanto, se houver um equilíbrio na perceção, os terapeutas percecionam o resultado da terapia como mais eficaz.

#### **4.1.4 Tema 4 - A eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das perceções**

### **A eficácia do processo terapêutico**

Foi questionado aos participantes se consideravam que a terapia é um processo útil e eficaz, e os resultados mostram que a maioria considera que sim, que funciona muito bem, havendo, no entanto, quem considere que funciona apenas se tiver em consideração dois aspetos: a sabedoria e experiência do terapeuta ajustada a cada caso, e no caso dos clientes, a sua disponibilidade para a mudança, a sua motivação e sentido de responsabilidade. É interessante notar que os clientes consideram que, o simples facto de poderem falar das suas questões já é uma ajuda à sua melhoria de sintomas, como se falar *per se*, promovesse alívio de sintomas.

Podemos assim concluir que o primeiro fator que influenciou o sucesso da terapia relacionado com o terapeuta, vai ao encontro da literatura que refere a importância de o terapeuta se ajustar a cada cliente, numa perspetiva *Taylor made*, adaptando especificamente as suas intervenções aos comentários que recebem dos seus clientes (e.g. Beutler et al., 2016; Love & Farber, 2017) e adaptando a psicoterapia às características do cliente, como refere a APA através da *29th Division of Psychotherapy* da *American Psychology Association*. As características do cliente, nomeadamente a sua disponibilidade para a mudança, sua motivação e sentido de responsabilidade, vai ao encontro da importância das características dos clientes enquanto fator comum para a mudança terapêutica, mas também da importância da sua perspetiva como contributo para esta mudança (Bohart & Wade, 2013), e mais especificamente, da investigação qualitativa que retrata a capacidade que os clientes têm para se abrirem com o terapeuta, envolverem-se na terapia e estarem abertos à aprendizagem (Elkin, Giuggiola, Rigling, & Bugmann, 2015; Timulak et al., 2017). Ainda neste sentido, a evidência sugere que a qualidade da AT, particularmente, a perceção dos clientes acerca da mesma, e a qualidade da participação na terapia, são determinantes para a eficácia terapêutica (Horvath, 2013; Macran, Ross, Hardy, & Shapiro, 1999).

### **Causas para o sucesso e confiança no processo terapêutico**

Outro objetivo deste tema foi o de avaliar de que forma foram percecionadas as causas para o sucesso e confiança neste processo terapêutico, e se as mesmas dependeram dos terapeutas e/ou dos clientes. No caso do sucesso, os participantes referem duas causas principais para o grau que lhe foi atribuído: em primeiro lugar, consideram que o valor que atribuíram está mais próximo da pontuação máxima que da mediana, ou seja, ao sucesso percecionado como elevado, e em segundo, porque consideram que houve uma boa evolução e aliança terapêutica (AT), tendo inclusive, para alguns casos, superado as expectativas. Este sucesso é referido, quer para os casos em que a evolução foi observável desde o início do processo, como para aqueles em que houve mais resistência à mudança numa fase inicial, tendo a evolução sido menos consistente. Parece-nos assim, que a AT aqui retratada parece ter contribuído positivamente para uma boa evolução do processo, e, consequentemente, para a mudança terapêutica. Quando questionados acerca do que teria que acontecer para que o processo pudesse ser mais sucedido, os participantes referem uma maior disponibilidade, *insight*, maturidade e dedicação ao

processo por parte dos clientes, bem como a necessidade de manter o acompanhamento e aumentar a periodicidade nos casos em que a terapia não é semanal.

Relativamente ao valor que atribuíram à confiança no futuro do processo, os participantes justificam-no pela adesão, empenho e motivação que houve ao longo do processo terapêutico, onde os clientes mencionam uma total confiança nos terapeutas, e os terapeutas referem o desenvolvimento de uma boa aliança, um aumento gradual da autoconfiança dos clientes, a sua capacidade de *insight*, o seu empenho e motivação, tendo-se refletido na sua persistência em lutar pelos seus objetivos, bem como na sua flexibilidade para lidar com as situações mais adversas. Aos clientes, quando questionados acerca do que poderia ser melhorado, a maioria não apresenta qualquer sugestão, podendo isto ser representativo de uma elevada confiança geral no futuro do processo terapêutico. Há, no entanto, alguns participantes que referem a necessidade de manter a terapia, a assiduidade e reforçar aprendizagens, de forma a trabalhar a consistência da mudança promovendo assim a maturação dos processos, principalmente para clientes mais resistentes à mudança. Por último, embora numa escala menor, alguns participantes referem a necessidade de ter um cliente mais confiante e disponível, acreditando mais nas suas competências e capacidades, bem como ter uma maior disponibilidade para a mudança, e uma postura menos defensiva com um locus de controlo mais interno.

De acordo com estes resultados, podemos afirmar que os mesmos vão ao encontro de alguma literatura, quer para o sucesso como para a confiança, onde o papel da aliança e as características dos clientes são cruciais para o sucesso terapêutico (Castonguay & Beutler, 2006; Castonguay et al., 2015; Lambert, 2013, 2015; Lambert & Barley, 2001; Norcross & Lambert, 2011, 2018; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Wampold & Imel, 2015). O sucesso da AT é um preditor do sucesso terapêutico, mais especificamente, quanto melhor a qualidade da relação terapêutica, melhor o resultado da terapia (Binder et al., 2009; Krause et al., 2011; Santibáñez-Fernández et al., 2009; Salinas et al., 2009; Serralta et al., 2010). É na AT que surge a capacidade de promover mudança psíquica e, consequentemente, este vínculo proporciona ao cliente um maior domínio sobre os seus conflitos e assim, ao sentir-se mais confiante, ganha uma maior consciência dos seus padrões de conduta e uma maior compreensão dos seus sintomas, que são o reflexo do seu funcionamento (Chilelli & Enéas, 2000). Por outro lado, nos últimos anos tem havido um foco no reconhecimento do papel do cliente enquanto participante ativo na psicoterapia (Bohart & Wade, 2013), onde Bergin e Garfield (1994) já defendiam que é o cliente, mais que o terapeuta, que implementa o processo de mudança. Assim, as causas atribuídas às características dos clientes, no caso do sucesso (maior disponibilidade, *insight*, maturidade e dedicação ao processo), e no caso da confiança (um aumento gradual da autoconfiança das clientes, a sua capacidade de *insight*, o seu empenho e motivação, tendo-se refletido na sua persistência em lutar pelos seus objetivos e na sua flexibilidade para lidar com as situações mais adversas) parecem refletir a importância das características dos clientes no papel da mudança

terapêutica. Embora não haja muita distinção entre o que terapeutas e clientes identificam como as características a melhorar no caso do sucesso (o que varia é a pontuação das categorias), mas para a confiança apenas são mencionadas pelos terapeutas. Podemos assim afirmar que, embora os clientes estejam mais cientes da necessidade do seu empenho e dedicação ao processo, claramente os terapeutas têm mais consciência desta realidade. Este resultado parece ir ao encontro de alguma investigação que afirma que, por vezes, a perspectiva dos clientes acerca de diversos aspetos da terapia difere da perspectiva dos terapeutas (Elliott, 1986; Elliott & James, 1989; Horenstein, Houston, & Holmes, 1973; Macra et al., 1999), e alguns estudos retratam esta conclusão, já que mostram que os clientes tendem a enfatizar aspetos de confiança e resolução de problemas como sendo os mais úteis na sua terapia, enquanto os terapeutas tendem a enfatizar *insights* cognitivos e afetivos, que assumem que os seus clientes conquistaram com a sua terapia (Elliott, 1986; Elliott & James, 1989). De notar que a importância da AT para o sucesso e confiança da terapia parece estar mais presente nos terapeutas que nos clientes, e isto talvez se deva ao facto de os terapeutas estarem a par dos resultados da investigação que mostra a sua importância enquanto fator comum na eficácia da terapia, sendo assim natural que os clientes não a refiram com tanta frequência, não por não considerarem que é importante, mas simplesmente por não estarem informados. Igualmente, clientes classificarem sucesso e confiança com valores mais elevados que os terapeutas, pode revelar uma elevada confiança dos mesmos no processo terapêutico, podendo isto ter contribuído positivamente para o seu sucesso. De acordo com Grencavage e Norcross (1990) as características dos clientes enquanto fator comum responsáveis pelo sucesso da terapia são: 1) Expectativas positivas/esperança/fé; 2) níveis de sofrimento significativo; e 3) uma atitude ativa de procura de ajuda. Desta forma, podemos assim afirmar que valores elevados de confiança e sucesso dos clientes aqui presente possa ser o resultado de expectativas positivas e uma atitude ativa de procura de ajuda que contribuíram para uma perceção de sucesso elevado.

Relativamente ao que poderia ser melhorado para obter mais sucesso, há uma consciência maior por parte dos terapeutas de que os clientes deveriam ter uma maior disponibilidade, *insight* e maturidade, quando comparados com os clientes, onde apenas três concordam com esta afirmação, podendo isto, mais uma vez, ser representativo da consciência dos terapeutas para a importância das características do cliente no processo de mudança terapêutica. Quanto ao que poderia ser melhorado para obter mais confiança, a maior parte dos clientes não mencionam qualquer fator, o que denota uma elevada confiança no processo terapêutico, e metade dos terapeutas referem a necessidade de manter a terapia com assiduidade, reforçar as aprendizagens, bem como os clientes serem mais confiantes e disponíveis. Mais uma vez, valores mais elevados de confiança por parte dos clientes é aqui refletido, podendo existir a possibilidade de ter influenciado positivamente na confiança que têm no processo terapêutico e, consequentemente, no sucesso da mesma. Igualmente, o valor de confiança mais

baixo por parte dos terapeutas pode ser revelador do seu conhecimento acerca daquilo que promove mudança terapêutica, nomeadamente, a importância da consistência das sessões, o reforço das aprendizagens e uma maior disponibilidade e autoconfiança dos clientes. Já sabemos que os fatores comuns são responsáveis pela eficácia da terapia independentemente da abordagem teórica (Ahn & Wampold, 2001; Luborsky et al., 2002), interessa assim dar atenção ao papel destes fatores na mudança terapêutica. Lambert (1992) identificou um conjunto de fatores de mudança que ilustram linhas gerais de pesquisas que analisam o impacto dos mesmos: 1) Mudança extra terapêutica, que diz respeito aos fatores ligados ao cliente (p. ex., tolerância à frustração, mecanismos homeostáticos) e ao ambiente (como acontecimento fortuitos, suporte social), que contribuem para a recuperação; 2) Expectativas (efeito placebo), que diz respeito à melhoria que resulta das crenças do cliente de que está ser tratado e da credibilidade na explicação e nas técnicas de determinado tratamento; 3) Técnicas, que são os fatores únicos e específicos de determinadas terapias, como por exemplo a dessensibilização sistemática; e 4) Fatores comuns, conjunto de variáveis existentes em várias terapias, independentemente da orientação teórica dos terapeutas, como por exemplo a empatia, aceitação, encorajamento, clima de segurança e confiança. Assim, olhando para os resultados do presente estudo, podemos afirmar que: a) valores mais elevados por parte dos clientes parece assemelhar-se às expectativas do cliente; b) valores mais baixos por parte dos terapeutas podem revelar a necessidade de reforçar as aprendizagens e parece assemelhar-se às técnicas; e c) os clientes serem mais confiantes e disponíveis parece assemelhar-se à mudança extra terapêutica, com fatores ligados às características dos clientes.

### **Análise da (des)sintonia das perceções**

Como forma de avaliar se terapeutas e clientes estavam em sintonia no que diz respeito às avaliações subjetivas de satisfação com a melhoria dos sintomas, evolução do processo, rapidez e perceção de eficácia em todas as díades, podemos afirmar que, de uma maneira geral a maioria das díades foram sintónicas ao nível da satisfação com melhoria dos sintomas, evolução do processo, rapidez e perceção de eficácia, à exceção da díade C, com uma distonia para o grau de sucesso, e das díades F e H, onde a primeira apresenta distonia quanto ao grau da perceção de confiança e sucesso (eficácia), e a segunda quanto à satisfação com melhoria dos sintomas e perceção de grau de sucesso. É ainda interessante observar que, de uma maneira geral, os clientes se mostram mais satisfeitos que os terapeutas. Se, de acordo com alguns autores (Lambert & Barley, 2001; Wampold & Imel, 2015), a perceção e expectativa do cliente se mostram melhores preditoras de resultados do que as dos terapeuta, então podemos afirmar que os resultados do presente estudo confirmam a literatura e influenciaram positivamente eficácia terapêutica. Tendo em consideração que os terapeutas estão mais cientes daquilo que

implica um processo terapêutico, na sua complexidade e nas variáveis que impactam no seu sucesso, coloca-se a possibilidade de os mesmos poderem ser mais pragmáticos na sua avaliação.

#### 4.1.5      Tema 5 - Exploração dos novos resultados

No final do tratamento estatístico de todos os temas, resolvemos relacionar algumas variáveis entre eles. Assim, um dos primeiros objetivos deste tema foi perceber de que forma as categorias principais do primeiro tema diferem na sua distribuição para as díades convergentes e divergentes.

Os resultados mostram que, para as díades convergentes, tanto nos Momentos Altos (que representam quais os eventos mais significativos da terapia e a existência de sintonia entre terapeuta e cliente onde ambos estavam num estado de mútuo entendimento, compreensão e harmonia e a consciencialização do foco terapêutico), como para os Desejos (que pode significar que tanto o terapeuta como o cliente estavam em sintonia acerca do objetivos do processo terapêutico), a categoria principal que prevalece é o Profissionalismo, contrariamente às díades divergentes, aparecendo em ultimo lugar. Colocamos aqui a possibilidade de a característica Profissionalismo do terapeuta ter contribuído positivamente para a sintonia e harmonia com o cliente, tanto no foco terapêutico (Momentos Altos) como nos objetivos terapêuticos (Desejos), sendo esta uma questão a explorar no futuro

Destacamos ainda a categoria Cuidar, referida como a segunda com mais frequência nas díades convergentes, e a primeira nas díades divergentes, podendo isto ser representativo de que, mesmo quando não há sintonia entre o terapeuta e o cliente, o aspeto cuidador está sempre presente, e quando há, isto parece ilustrar a componente afetivo-relacional da AT.

Olhando para a forma como as díades se apresentam no que diz respeito às características principais e valores de sucesso e confiança, podemos concluir que a díade E não contempla as categorias Profissionalismo e Afeto e tem os níveis de sucesso e confiança mais baixos, quando comparada com as outras díades. Embora não se possa identificar um padrão nas restantes díades, este resultado faz-nos colocar assim a possibilidade de o sucesso e confiança baixos serem devido à falta destas duas características (proximidade afetiva e Componente humana do Profissionalismo), podendo isto ser uma questão a investigar no futuro.

Vamos agora apresentar uma discussão geral onde os resultados serão sintetizados e relacionados entre eles, e com a literatura no geral.

---

## 4.2 Discussão geral

De acordo com os resultados do presente estudo, no que diz respeito ao primeiro tema “**O maior contributo para o processo terapêutico**” podemos concluir que, tanto os clientes como os terapeutas enfatizam mais o aspeto pessoal do terapeuta que o aspeto técnico, uma vez que todas as categorias identificadas como o maior contributo para o processo terapêutico, apresentam aspetos mais direcionados para a vertente humana que a vertente técnica. Vejamos exemplos: o aspeto Cuidar (sentir afeto, proximidade, identificação com o outro, descrito como facilitador de empatia e de um relacionamento de proximidade), a Disponibilidade (dedicação, honestidade, autenticidade, compromisso e esforço no e para o processo), a Atitude Construtiva (motivação, encorajamento, otimismo, aumento da autoconfiança e da força interior), e o Profissionalismo (escolher os momentos certos e as palavras certas para intervir, de uma forma equilibrada e transmitindo tranquilidade, promovendo alívio no cliente). Podemos ainda afirmar que a proximidade da relação foi o que mais se destacou como contributo para o sucesso da terapia, com a categoria Cuidar em primeiro lugar.

Se aquilo que distingue uma relação de vinculação é a existência do laço emocional, onde a figura de vinculação pode ser representada por várias figuras para além das originais (Daniel, 2006; Mikulincer & Shaver, 2007) então podemos afirmar que esta componente emocional elevada no presente estudo poderá refletir a vinculação nas díades. Autores como Sexton, Littauer, Sexton e Tømmerås (2005) mostraram que os clientes que estavam empenhados na terapia, falavam de si mesmos e estavam emocionalmente envolvidos, eram menos propensos a diminuir a sua vinculação com o terapeuta. Além disso, os clientes que estavam menos empenhados e tinham emoções ambíguas ou neutras, aparentavam um estado transitório mutável relativamente à profundidade da sua relação com o seu terapeuta, sendo mais provável a força desta relação diminuir quando os terapeutas estavam menos envolvidos, ou quando a informação do terapeuta era desprovida de conteúdo emocional e forneciam conselhos ou informações gerais (Sexton et al., 2005). Assim, estar emocionalmente envolvido, descrito pela categoria Cuidar do presente estudo (revelando proximidade, afeto ou identificar-se com o caso ou cliente), parece aumentar a proximidade entre clientes e terapeutas, e promover uma vinculação mais profunda. Além disso, independentemente da formação e treino dos terapeutas, a investigação mostra que terapeutas com competências interpessoais elevadas estão relacionados com alianças terapêuticas mais elevadas, quando comparadas com competências interpessoais mais baixas (Anderson, Crowley, Himawan, Holmberg, & Uhlin, 2016). Sabemos ainda, que a investigação mostra que as variáveis do terapeuta são preditoras dos resultados da terapia (Baldwin et al., 2007; Baldwin & Imel, 2013) e que os efeitos do terapeuta parecem ser maiores que os efeitos do tratamento (Lindgren et al., 2010). Além disso, a formação, a experiência e a orientação teórica do terapeuta parecem não explicar a maioria dos efeitos da terapia (Beutler et al., 2004;

Okiishi et al., 2003; Stirman & Crits-Cristoph, 2011). No que diz respeito aquilo que os clientes mais valorizam nos terapeutas, destacamos Cuidar e Atitude Construtiva como as mais nomeadas, indo isto ao encontro de estudos que mostram a importância da genuinidade e humanismo do terapeuta (Cordioli & Giglio, 2008; Lavik et al., 2018; Levitt et al., 2006; Levitt et al., 2016; MacFarlane, Anderson, & McClintock, 2017; Nilsson et al., 2007; Timulak, 2010; Timulak & McElvaney, 2013; Timulak & Keogh, 2017), do apoio do terapeuta (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bacharel, 1995; Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2009; Bedi & Richards, 2011; Littauer et al., 2005; MacFarlane, Anderson, & McClintock, 2015; Mohr & Woodhouse, 2001) bem como da sua atitude encorajadora e afetiva (Bedi, 2006; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi et al., 2005; Bedi & Duff, 2014; Bedi & Richards, 2011; Del Re et al., 2012; Duff & Bedi, 2010; Timulak & McElvaney, 2013). Consideramos assim de extrema importância passar aos terapeutas a informação de que esta componente apoiante, afetiva e encorajadora é claramente importante para os clientes.

Parece assim, que as características pessoais dos terapeutas afetam a eficácia da terapia (Black et al., 2005; Heinonen et al., 2012), onde a “pessoa” do terapeuta tem importância para a qualidade da relação. Os aspetos relacionais/afetivos como a autenticidade, amizade, calor humano, competências para ouvir e mostrar respeito, e os relacionados com a resolução de problemas encontrados desde a década de 80 (e.g. Bachelor, 1995, Bachelor, 2013; Elliott & James, 1989; Elliott & Shapiro, 1992; Llewelyn et al., 1988) têm vindo a ser corroborados por diversos estudos. Em 2001, Horvath descreve a capacidade de comunicação do terapeuta com o cliente, a sua abertura, a empatia, a experiência e a prática clínica, como as características indicadas para promover um impacto positivo sobre a aliança. Em 2003, Ackerman e Hilsenroth, referem que terapeutas com características de honestidade, respeito, digno de confiança, confiante, interessado, atento, amigável, calmo e aberto tinham níveis de aliança terapêutica (AT) mais elevados quando comparados com terapeutas distantes, rígidos, críticos, tensos e distraídos. As características dos terapeutas que parecem estar relacionadas com uma melhor capacidade de estabelecimento de aliança e melhores resultados da intervenção terapêutica são: abertura à experiência, flexibilidade, responsividade, tolerância à incerteza e à frustração (Lambert & Ogles, 2004; Stiles et al., 1998). Em 2011, Smith-Hansen e colaboradores relataram a experiência clínica, a expressão emocional calorosa, congruência, e estilo interpessoal, bem como alguns comportamentos como a comunicação com empatia, demonstração de respeito, colaboração e a exploração de temas interpessoais, como características pessoais do terapeuta associadas à qualidade da relação terapêutica. Em 2016, Anderson, e colaboradores comprovaram que as competências pessoais dos terapeutas são um fator preditor da sua capacidade para ajudar os clientes. No mesmo ano, Pearson e Bulsara (2016) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de identificar as principais características responsáveis no estabelecimento de AT em períodos curtos, e os resultados apresentaram três temas, entre outros, que veem reforçar as competências pessoais dos terapeutas: 1)



o terapeuta ser verdadeiro ajuda na construção da aliança, sendo referidas características como serem positivos e validantes, e as qualidades humanas foram referidas como as mais importantes para uma aliança sólida, quando comparadas com as técnicas aplicadas, e assim, “ser real” surgiu muitas vezes nas discussões dos participantes como o principal ingrediente que ajudou a desenvolver a AT; 2) detetar e formar alianças positivas, onde, embora o afeto e os comportamentos do cliente fossem vistos como indicadores de alianças positivas, as contribuições do terapeuta para a formação da aliança surgiram através da aplicação de técnicas de aconselhamento e modos de ser, estando isto associado ao carácter do terapeuta, e este resultado corrobora outros estudos que mostram que o facto do terapeuta dar *feedback* positivo relativamente ao sucesso da terapia e reduzir uma atitude mais negativa no cliente, são comportamentos preditores de uma aliança mais forte (Muran & Barber, 2010); e 3) a linguagem corporal como um sinal ou indicador de aliança, onde a consciência dos terapeutas sobre os sinais somáticos positivos, principalmente linguagem corporal, bem como expressões emocionais positivas, tais como expressões mais frequentes de gratidão, afinidade mútua e o desenvolvimento de uma confiança mais profunda, foram vistos como indicadores de que a aliança se começou a formar.

É interessante observar que, de acordo com os resultados do presente estudo, as características mais impactantes no processo terapêutico se fundem com a Ressonância da Positividade (RP) pertencente à Teoria da Ampliação e Construção de Emoções (Fredrickson, 2013). Está bem definido que o afeto positivo promove saúde e bem-estar (Fredrickson et al., 2008; Kok et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009), e de acordo com esta teoria, uma ligação interpessoal de alta qualidade, denominada de RP, pode surgir entre parceiros românticos, amigos de longa data, entre colegas de trabalho ou até entre estranhos, sendo assim particularmente poderosa na promoção da saúde e bem-estar. Esta é caracterizada como uma experiência momentânea que ocorre quando duas ou mais pessoas têm uma ligação interpessoal composta por três características: 1) afeto positivo partilhado entre as duas, 2) cuidado e preocupação mútuos, e 3) sincronia comportamental e biológica. Podemos assim afirmar, que todas as nossas quatro categorias identificadas como as mais importantes para o sucesso do processo terapêutico se revêm nas duas primeiras características da RP. Relativamente à última característica, sincronia comportamental e biológica, não nos é possível fazer qualquer afirmação uma vez que esta dimensão não foi controlada no presente estudo (comportamento não verbal), mas fica a sugestão para uma próxima investigação. Podemos assim afirmar que, de acordo com esta teoria (Fredrickson, 1998, 2001, 2013, 2016), a RP, mesmo que episódica, parece ter efeitos momentâneos e a longo prazo, ou seja, episódios de RP parecem ampliar a interação em momentos de compromisso, aumentando assim a tomada de consciência, empatia, compreensão interpessoal e sentimentos de união e proximidade social. Embora as ligações interpessoais sejam conhecidas como ligações que preveem a saúde e o bem-estar (Holt-Lunstad & Smith, 2012), Fredrickson (2016) postula que as experiências interpessoais de afeto positivo, cuidado mútuo e preocupação, bem como a

sincronia biológica de comportamento parecem elevar a qualidade dos episódios de ligações interpessoais, e, ao longo do tempo e de forma acumulada, parecem ter impacto duradouro na saúde dos indivíduos e no bem-estar. Parece-nos assim, que os resultados do presente estudo relativamente às características que compõem o melhor do processo terapêutico, podem ser interpretados como uma ligação interpessoal de alta qualidade que surge entre estranhos, uma vez que revelam o afeto positivo, o cuidado mútuo e a preocupação entre terapeuta e cliente, podendo assim ser identificados como uma RP, sendo assim particularmente poderosos na promoção da saúde e bem-estar. Dada a natureza social da RP, momentos de RP parecem ser particularmente influentes na construção de recursos sociais duradouros, como a percepção de apoio social, laços sociais de alta qualidade, forças de caráter de bondade e inteligência social (Isgett et al., 2017), e a acumulação de episódios de RP parecem promover uma saúde com mais qualidade e um maior bem-estar no geral (Major et al., 2018). Podemos assim concluir que, processos terapêuticos que incluam as quatro características identificadas no presente estudo, são processos que promovem qualidade, saúde e bem-estar no geral, favorecem a proximidade emocional e, consequentemente, uma AT mais forte.

Três díades apresentaram-se sintónicas (A, B e G) quanto à identificação dos Momentos Altos do processo (eventos significativos) podendo isto ser representativo de que ambos, cliente e terapeuta, estavam num estado de mútuo entendimento, compreensão e harmonia, cientes do foco terapêutico e da evolução do processo, revelando um processo terapêutico com um grau de autoconsciência mais elevado. Estas díades convergiram no grau de satisfação (elevado) o que pode ter facilitado a criação de condições que resultem num vínculo terapêutico potencialmente mais forte e mais eficaz (Horvath & Bedi, 2002). Há, no entanto, uma tendência para os clientes darem valores de eficácia mais elevados que os terapeutas, podendo esta percepção ter influenciado positivamente a relação terapêutica ou ser representativa da mesma. O reconhecimento da aliança como o maior preditor de resultados favoráveis em psicoterapia é bem conhecido (e.g. Castonguay & Beutler, 2006; Lambert, 2013; Lambert & Barley, 2001; Norcross & Lambert, 2011, 2018; Norcross & Wampold, 2011, 2019), sabemos, no entanto, que esta relação não é em si mesma, uma relação de causa/efeito, uma vez que a avaliação da mudança relativamente aos sintomas e à AT deve ser monitorizada ao longo das várias fases do processo terapêutico (Kazdin, 2009).

As categorias Identificação da Principal Problemática e Reconhecimento da Evolução Terapêutica associadas aos momentos altos, retratam a necessidade em consciencializar o foco terapêutico, bem como em reconhecer os objetivos e respetiva evolução terapêutica. Tanto os clientes como os terapeutas têm consciência desta necessidade, já relativamente ao Reconhecimento da Evolução Terapêutica, parece ser uma característica pertencente mais aos clientes, podendo isto ser representativo de que os objetivos terapêuticos estão a ser alcançados. A primeira categoria assemelha-se aos resultados de Timulak (2010) onde os eventos positivos

foram, entre outros, descritos como uma ‘maior consciencialização das problemáticas’, uma vez que esta categoria, ao permitir a consciencialização da problemática, parece facilitar o caminho para a mudança. Igualmente, esta categoria vai ao encontro de Cordioli e Giglio (2008), que referem como variáveis responsáveis pela mudança na psicoterapia, entre outras, “o fator de natureza cognitiva e a capacidade para obter *insight*” indo assim ao encontro da definição desta categoria, e a “qualidade da aliança” expressa através da sintonia das díades. Aludindo às categorias Cuidar e Atitude Construtiva do primeiro tema, podemos afirmar que estas corroboram os resultados de Timulak (2010) onde, na primeira, o afeto ajuda no estabelecimento da relação, permitindo que o cliente experiencie uma forma de se relacionar mais adequada (‘a experiência afetiva e o alívio da tensão’ e ‘a capacidade do cliente para aprender a viver adequadamente, através da relação estabelecida com o terapeuta’) e na segunda há um reforço das competências com um encorajamento para agir (‘capacidade do terapeuta para dar apoio e reforçar o ego do cliente’). Timulak (2010) revela, entre outras, uma categoria denominada de ‘uma nova experiência emocional com uma sensação de empoderamento’ como um evento positivo identificado pelos clientes. Podemos aqui encontrar semelhanças com as nossas categorias Atitude Construtiva e Profissionalismo, onde o fator predominante será o empoderamento com motivação para a mudança comportamental, através do encorajamento na primeira categoria, e a criação de novas perspetivas da problemática que levam à mudança comportamental e, finalmente à experiência emocional corretiva.

Três díades apresentaram-se sintónicas (A, B e H) no que diz respeito aos desejos em comum, o que parece revelar que tanto o terapeuta como o cliente estavam em consenso acerca das expectativas e objetivos terapêuticos. Há ainda uma tendência para os clientes percecionarem valores mais elevados de eficácia que os terapeutas, podendo esta satisfação ter influenciado positivamente a relação terapêutica ou ser representativa da mesma. Como categorias principais associadas aos desejos foram identificadas as Características Associadas ao Cliente (relacionadas com as competências pessoais que os clientes têm, mas ainda precisam descobrir, bem como aquelas que têm e devem continuar a trabalhar para melhorar) e as Características Associadas ao Processo Terapêutico (temas como manter o sucesso da terapia, a frequência das sessões, e a confiança, profissionalismo e empenho do terapeuta). Há uma maior consciência por parte dos terapeutas para a necessidade em mudar ou manter as características associadas ao cliente. Isto parece sugerir que, no final da quinta sessão, o cliente pode ainda não ter consciência da importância do seu papel para a mudança terapêutica, atribuindo mais importância às características associadas ao processo terapêutico (como p.e., continuar a ir às sessões e manter o profissionalismo do terapeuta), podendo isto representar que, nesta fase da terapia, o locus de controlo se encontra mais externo. Seria interessante avaliar a evolução do locus de controlo ao longo das sessões. Uma vez que, o papel da terapia é, entre outros, tornar os processos conscientes por parte dos clientes, ajudando a

umentar o seu sentido de responsabilidade, coloca-se a hipótese de, no início do processo terapêutico, o locus de controle ter uma tendência a ser mais externo, passando a interno à medida que a terapia vai progredindo.

Já sabemos que as variáveis relacionadas com o cliente explicam 30% da variância na mudança em psicoterapia (Lambert, 2013; Norcross & Lambert, 2011, 2018) e, que os clientes têm sido reconhecidos como tendo um papel crucial na psicoterapia (Bohart & Wade, 2013), tendo esta afirmação sido reiterada por diversos autores quando reforçam que a perspectiva qualitativa do cliente enquanto agente ativo que interfere no sucesso da terapia é fundamental (Fuertes & Williams, 2017; Hodgetts & Wright, 2007; Levitt et al., 2016; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Swift & Greenberg, 2015; Norcross & Wampold, 2011, 2019). No presente estudo, as Características Associadas ao Cliente estão relacionadas com as competências pessoais que os clientes devem reconhecer e continuar a trabalhar, e as Características Associadas ao Processo Terapêutico incluem temas como o sucesso da terapia, e a manutenção da frequência das sessões com confiança no profissionalismo do terapeuta. Assim, identificar os Desejos, significa identificar a possível conquista de metas, logo, se estas metas estão associadas às Características Associadas ao Cliente como um principal objetivo a ser cumprido, isto vem reforçar os resultados da investigação para mudança em psicoterapia: os clientes desempenham um papel crucial na psicoterapia, não só no peso que tem o seu papel a nível quantitativo, como nos contributos que dão das suas experiências vividas, a nível qualitativo. Relativamente às Características Associadas ao Processo Terapêutico, são evidenciadas determinadas características pessoais e profissionais dos terapeutas, nomeadamente, o lado apoiante do terapeuta e a confiança em todo o processo. Quando a díade apresenta sintonia, significa que ambos estavam em consenso sobre os objetivos do processo terapêutico, e tendo em conta que objetivos comuns são preditores de um relacionamento forte (Horvath & Bedi, 2002), esta sintonia pode ser interpretada como preditora do sucesso terapêutico.

Finalmente, de acordo com Horvath e Bedi (2002), uma AT forte é caracterizada por um elevado grau de colaboração entre o terapeuta e o cliente, a existência de um vínculo afetivo entre ambos que inclui um sentimento de confiança, afeição e respeito mútuos, e uma preocupação recíproca. Inclui, igualmente, a existência de um consenso sobre os objetivos do tratamento e os meios para atingi-los, com o compromisso ativo e a responsabilidade do cliente, e o envolvimento do terapeuta. Podemos afirmar que os resultados do presente estudo parecem representar uma AT forte, já que vão ao encontro desta definição de três maneiras: 1) a categoria Cuidar representa a capacidade de sentir proximidade e afeto pelo outro promovendo uma relação de proximidade, e se assemelha a ‘um vínculo afetivo entre ambos’ e ‘o sentimento de gostar um do outro’; 2) a categoria Disponibilidade, que mostra a ideia de dedicação, empenho e esforço, no e para o processo, e se assemelha a ‘elevado grau de colaboração entre o terapeuta e o cliente’ e ‘uma preocupação recíproca’; e 3) a categoria Características Associadas ao Processo Terapêutico representa parte das expectativas, onde os

participantes referem manter as características do processo com um sentimento de confiança, assemelhando-se a ‘confiança e respeito mútuos’.

Numa perspectiva mais ampla, Lambert (2015) sugere que existem componentes em terapia que devem ser consideradas como universalmente eficazes, independentemente da escola e da teoria de orientação, e estes incluem três fatores: 1) o suporte; 2) a aprendizagem; e 3) os elementos que originam a ação. Podemos afirmar que os resultados do presente estudo corroboram esta teoria, onde a categoria Cuidar e Disponibilidade se assemelham ao suporte, através de uma atitude de colaboração, um sentimento de proteção, confiança e segurança, e as categorias Atitude Construtiva e Profissionalismo se assemelham à aprendizagem originando alterações ao nível da conceptualização dos problemas e aos elementos que originam a ação, através da alteração de comportamentos. Podemos concluir que uma relação terapêutica cuidadora que envolva aspetos afetivos e empáticos entre os participantes, uma disponibilidade e atitude construtiva em ambos os participantes, e, finalmente um profissionalismo do terapeuta que representa, acima de tudo, a sua perícia para intervir equilibradamente transmitindo tranquilidade, segurança e autoconfiança, podem ser considerados fatores-chave para o sucesso terapêutico.

Foi ainda avaliado de que forma as características mais impactantes no processo terapêutico diferem na sua distribuição, para as díades convergentes e divergentes. Os resultados mostraram que para as díades convergentes, tanto nos Momentos Altos (que representam a existência de sintonia entre terapeuta e cliente, podendo isto ser representativo de que ambos estavam num estado de mútuo entendimento, compreensão e harmonia), como para os Desejos (que pode significar que tanto o terapeuta como o cliente estavam em sintonia acerca do foco e dos objetivos do processo terapêutico), a categoria principal que prevalece é o Profissionalismo, contrariamente às díades divergentes, onde o Profissionalismo aparece em último lugar. Desta forma, parece-nos que esta característica possa influenciar positivamente a sintonia entre o terapeuta e o cliente ajudando na criação de harmonia e no cumprimento dos objetivos, levando assim ao sucesso terapêutico. De notar que o profissionalismo do terapeuta pode igualmente fazer parte das características dos terapeutas, um dos fatores comuns responsáveis pelo sucesso da terapia. Destacamos ainda a categoria Cuidar, referida como a segunda com mais frequência nas díades convergentes, podendo igualmente ilustrar a componente afetivo-relacional da AT, outro fator comum associado ao sucesso terapêutico.

Olhando para a forma como as díades se apresentam no que diz respeito às características principais e valores de sucesso e confiança, uma díade não contemplou as características Profissionalismo e Afeto e tem os níveis de sucesso e confiança mais baixos, quando comparada com as outras díades. Embora não se possa identificar um padrão nas restantes díades, este resultado faz-nos colocar assim a possibilidade de o sucesso e

confiança baixos serem devido à falta destas duas características, podendo isto ser uma questão a investigar no futuro.

O segundo tema desta investigação, “**O impacto do *feedback* positivo orientado para o sucesso**”, avaliou os fenómenos do florescimento, da positividade e da capitalização com responsividade, na sua relação com a perceção de eficácia terapêutica e de que forma são percecionados pelos participantes. Os resultados originaram duas grandes categorias: Respostas Ativas Construtivas (RAC) e Atos de Fala Positivos (AF+). São técnicas descritas pelos participantes como tendo funções fundamentais: a primeira, reforça e encoraja os clientes, bem como fortalece-os e fá-los sentirem-se mais confiantes, e a segunda serve como um gatilho para o desenvolvimento de novas estratégias, serve como ferramenta de validação, incentiva o cliente, e revela interesse e aceitação por parte do terapeuta. Quanto às características em comum, os AF+ são mais fortes quando se trata de promover mudança, evolução e crescimento, validar o cliente, seguindo-se o aspeto incentivador, e finalmente promover o bem-estar, reforço e reconhecimento. Já as RAC são mais fortes no que diz respeito ao reforço de comportamentos, seguindo-se a capacidade para promover mudança, evolução e crescimento, bem-estar e incentivo, depois reconhecimento e, finalmente, a validação. Relativamente às particularidades de cada uma, os AF+ são mais fortes na promoção de estratégias alternativas mais eficazes, seguindo-se a capacidade para mostrarem interesse e aceitação por parte do terapeuta e, finalmente, transmitirem segurança ao cliente, já as RAC são mais fortes na promoção de orgulho e fortalecimento de clientes, seguindo-se o aumento da confiança na relação terapêutica.

Vamos agora explicar de que forma estas técnicas parecem contribuir positivamente na AT. Iniciando com a explicação do fenómeno da capitalização com responsividade, podemos afirmar que as RAC se assemelham à técnica de Reforço Positivo de Skinner (1951) que, quando usada adequadamente no sentido de aumentar comportamentos esperados, como por exemplo, através do sistema de Economia de Fichas (*Token*) (Rachman, 2015), a investigação mostra que os resultados são positivos. Esta técnica parece funcionar de uma forma semelhante a este sistema, podendo ser encarada como as fichas que funcionam como incentivadores/encorajadores do comportamento, e o orgulho, fortalecimento do cliente e bem-estar funcionam como o sistema de gratificação consequente, ou seja, a emoção positiva que promove. Assim, o cliente tende a repetir o comportamento que foi reforçado através das RAC pois sabe que a probabilidade de voltar a sentir este reforço é maior, e consequentemente, vai-se sentir orgulhoso e mais fortalecido. Igualmente, a atitude encorajadora do terapeuta desta categoria é semelhante à categoria Atitude Construtiva, identificada no primeiro tema desta investigação como um dos maiores contributos do processo terapêutico, tendo este resultado sido corroborado por outros estudos, como uma das principais características dos terapeutas identificadas pelos clientes de forma a promover uma forte AT (Bedi, 2006; Bedi et al., 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi

& Duff, 2014; Bedi & Richards, 2011; Duff & Bedi, 2010; Timulak & McElvaney, 2013). Podemos ainda afirmar que as RAC são caracterizadas, entre outras características, por aumentar a confiança na relação podendo assim contribuir para uma AT mais sólida. É interessante notar que a característica “aumento da confiança na relação terapêutica” das RAC aparece em último lugar, ou seja, não foi muito mencionada pelos participantes, no entanto, os resultados desta investigação mostram que esta técnica parece promover AT. Aparecer em último lugar, pode-se dever ao facto de ainda não haver conhecimento científico suficiente relativamente ao uso desta técnica na prática clínica e daí ter sido pouco mencionada pelos participantes. Mas a investigação atual revela o contrário. Sabemos que o termo “responsividade” pode ser traduzido como a capacidade para dar uma resposta percebida que origina resultados positivos pessoais e de relacionamento (e.g. Laurenceau, Barrett & Pietromonaco, 1998; Manne et al., 2004), e fomenta a intimidade nos relacionamentos, indo além dos benefícios da autorrevelação (Reis, Clark & Holmes, 2004). O termo capitalizar significa comunicar e celebrar eventos positivos com outros (Langston, 1994), e a investigação mostra que está associado ao aumento do efeito positivo diário, além do impacto do evento positivo em si (Gable et al., 2004; Langston, 1994) e melhora a resposta imune (Labott, Ahleman, Wolever, & Martin, 1990). Assim, capitalizar com um parceiro responsivo, através de respostas ativas construtivas e passivas construtivas, está associado a um maior afeto positivo, satisfação com a vida, sentimentos de aceitação, bem-estar subjetivo e menor efeito negativo (Cohen et al., 2009; Gable et al., 2004).

De acordo com diversas pesquisas, a responsividade percebida é central em diversas áreas das relações próximas como p.e. intimidade, confiança e empatia (Lemay et al., 2007; Murray et al., 2006). Assim, os nossos resultados vêm corroborar estas teorias, onde podemos afirmar que as RAC promovem confiança na relação, já que terapeutas que utilizam RAC são terapeutas responsivos, logo, são terapeutas atentos às necessidades dos clientes, facilitando a confiança, e, consequentemente, ajudando a que os clientes se sintam compreendidos, validados e apoiados. Isto fomenta resultados positivos pessoais e de relacionamento, traz benefícios pessoais para o cliente, e, consequentemente, traz benefícios para a relação terapêutica. Assim, se a responsividade percebida é central em diversas áreas das relações próximas como a confiança e empatia, então a responsividade percebida transmitida pelo terapeuta poderá igualmente denunciar confiança e empatia, ajudando a aumentar o vínculo terapêutico com o cliente. Sabemos que as características dos terapeutas que parecem estar relacionadas com uma melhor capacidade de estabelecimento de aliança e melhores resultados da intervenção terapêutica são: abertura à experiência, flexibilidade, responsividade, tolerância à incerteza e à frustração (Lambert & Ogles, 2004; Stiles et al., 1998). Mais uma vez, identificamos aqui a importância da responsividade do terapeuta como característica preponderante para a AT.

No que diz respeito ao fenómeno do florescimento e da positividade, é importante referir que os AF+ surgem no âmbito da busca do entendimento das equipas que florescem, sendo o florescimento entendido como uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos (Keyes & Haidt, 2003). Estes autores salientam ainda que o florescimento significa um estado no qual os indivíduos sentem uma emoção positiva pela vida, apresentam um ótimo funcionamento emocional e social, e não possuem problemas relacionados à saúde mental, vivendo intensamente, mais do que meramente existindo. Sabemos ainda que, quanto maior o desempenho da equipa, maior a capacidade para compreender o outro na sua complexidade, e para interagir com o outro através do positivo (AF+), promovendo sentimentos agradáveis, ajudando a manter e a motivar comportamentos – positividade, e, ao invés, interagir com o outro através do negativo (AF-), promove sentimentos desagradáveis, e ajuda a diminuir ou a cessar comportamentos, ou até mesmo a redirecioná-los – negatividade (Fredrickson, 2009; Fredrickson & Losada, 2005; Losada, 1999; Losada & Heaphy, 2004; Waugh & Fredrickson, 2006). Estes autores defendem que um AF+ reflete demonstração de apoio, encorajamento ou apreciação, e um AF- reflete demonstração de desaprovação, sarcasmo ou ceticismo. Embora este rácio tenha sido questionado uns anos mais tarde (Brown et al., 2013), Fredrickson e Losada responderam que aceitam que a aplicação deste modelo no formato deste rácio (positividade versus negatividade) poder ser questionável, mas mantiveram a sua convicção de que, de um modo geral, uma elevada taxa de positividade versus negatividade emocional é benéfica ao florescimento (Fredrickson & Losada, 2013). Assim, olhando para as características motivacionais de comportamento, de demonstrações de apoio, encorajamento ou apreciação da positividade, podemos identificar semelhanças com as descrições feitas pelos nossos participantes, no que diz respeito às características dos AF+ e das RAC. Se olharmos para a descrição das subcategorias comuns e individuais, identificamos que ambas promovem emoções positivas (p.e. “Incentivadora”, “Estratégias alternativas mais eficazes” e “Validação”, “Reconhecimento”, “Reforço”, “Orgulho e fortalecimento”), logo, podemos afirmar que ambas parecem contribuir para o Florescimento podendo assim serem favoráveis aos clientes quando usadas em contexto clínico, tal como foi observado em contexto organizacional e social, ajudando no processo de recuperação da saúde mental, bem como no empoderamento dos clientes, e prevenindo a reincidência da patologia, como se tratasse de um mecanismo de prevenção da saúde mental.

Sabemos que, capitalizar significa uma busca de crescimento e prosperidade na ausência de adversidades (Feeney & Collins, 2015), representa a existência de mecanismos afetivos, motivacionais e comportamentais (Gable & Reis, 2010), e contribui para relações interpessoais mais fortes e duradoras (Gable & Anderson, 2016; Gable et al., 2006; Gable et al., 2004; Lambert et al., 2012). Assim, podemos afirmar que, capitalizar em contexto terapêutico através do uso de RAC, poderá igualmente ser uma forma de contribuir para



relações terapêuticas mais fortes e duradoras. O aspeto afetivo, motivacional e comportamental do ato de capitalizar (Gable & Reis, 2010) assemelha-se a três características das RAC, “Incentivador” e “bem-estar” e “reforço”. A primeira corresponde à componente motivacional, a segunda à componente afetiva, e a terceira à componente comportamental, distinguindo-as, assim, das definições tradicionais de apoio social (Peter et al., 2018). Sabemos ainda que, capitalizar parece ter uma função de união social (Baumeister & Leary, 1995; Delton & Robertson, 2016; Kenrick et al., 2005). Ora, se usar RAC é uma forma de capitalizar, podemos então colocar a possibilidade de poder, igualmente, unir os elementos envolvidos na terapia, influenciando positivamente a AT. Outra característica das RAC é “Mudança, evolução e crescimento pessoal”. Assim, se a ideia de prosperar, florescer e progredir em direção a um objetivo (apesar de, ou de acordo com as circunstâncias) é aquilo que motiva quem capitaliza (Feeney & Collins, 2015), e o encorajamento dos parceiros ao esforço pessoal dos indivíduos parece promover a obtenção de metas e crescimento pessoal (Fitzsimons et al., 2015; Rusbult et al., 2009), podemos afirmar que as RAC contemplam aquilo que motiva a capitalização: prosperar, florescer e progredir em relação a um objetivo. Podemos assim concluir que usar RAC parece ajudar na mudança terapêutica. Finalmente, podemos observar que as características “bem-estar” e “aumento da confiança na relação” das RAC fazem parte do ato de capitalizar, já que a investigação mostra que as tentativas de capitalização estão associadas a um maior bem-estar relacional, vinculação, segurança e aceitação (Gable et al., 2012; Pagani et al., 2015), particularmente quando as tentativas são explícitas (Pagani et al., 2015), podendo assim influenciar positivamente a AT.

Quando as interações da capitalização são bem-sucedidas há a produção de EP (Gable et al., 2004; Langston, 1994; Reis et al., 2010), e sabe-se que as EP amplificam as nossas cognições, atenção e ações, bem como constroem recursos pessoais, sociais e psicológicos (Fredrickson, 1998, 2001; Fredrickson & Branigan, 2005). Esta descrição vai ao encontro da descrição das RAC uma vez que são mencionadas como “um fenómeno de empoderamento dos clientes, que através de mecanismos como o reforço, encorajamento e motivação, parecem influenciar no bem-estar e na evolução terapêutica, bem como ajudam os clientes a sentirem-se orgulhosos e reconhecidos, mais confiantes e, consequentemente, mais fortalecidos”. Podemos com isto concluir que usar RAC é uma forma de capitalizar com responsividade e produzir EP, e ajuda a amplificar a componente cognitiva e na construção de recursos psicológicos. Da mesma forma, podemos identificar nos AF+ a sua capacidade para promover EP, já que, num artigo escrito por Fredrickson (2003) a autora revela semelhanças com as características desta técnica, descrevendo que as EP promovem bem-estar psicológico, causam maior dissipação de emoções negativas bem como ajudam a encontrar significados positivos em situações de *stress* (Fredrickson, 2003). Olhando para a descrição geral dos AF+, podemos afirmar que estes são semelhantes na sua definição, já que ajudam, entre outros, a promover o bem-estar e na criação de estratégias

alternativas mais eficazes. Sabemos que as EP promovem pensamentos, comportamentos e atos volitivos que ajudam na reabilitação (Dunn & Brody, 2008), ajudam a reduzir sentimentos de depressão, reconhecer pequenos ganhos, ganhar esperança na mudança funcional e motivação para continuar com o tratamento (Seale et al., 2010), ajudam a participar mais em relacionamentos sociais, a serem mais otimistas relativamente ao futuro, a terem mais sucesso no confronto e a sentirem que possuem o controlo das suas vidas (Ostir et al., 2001), favorecem mais rapidamente a recuperação de situações adversas (Antonovsky, 1987; Fredrickson et al., 2000), e têm o potencial de conter a excitação automática gerada por emoções negativas e ampliar a atenção, pensamentos e, inclusive, repertórios comportamentais (Fredrickson, 2001). Podemos assim afirmar que, se os AF+ promovem EP, poderão igualmente promover estes benefícios.

Podemos assim observar que as EP assemelham-se à característica específica “Estratégias alternativas mais eficazes” dos AF+ e ao subtema “Validação” comum aos AF+ e RAC, uma vez que esta característica é descrita pelos participantes como um confronto construtivo que é utilizado através de questões abertas de forma a ajudar o cliente a refletir sobre a problemática e a criar outras visões da mesma, ajudando a criar estratégias alternativas mais eficazes e a tomar decisões mais eficazes, resolutas e assertivas, permitindo assim, a abertura de novas portas e caminhos para novas descobertas, e o subtema salienta que esta parece influenciar positivamente a perceção do cliente favorecendo a sua avaliação do comportamento, como se ajudasse a clarificar alguma distorção cognitiva existente provocada pelo enviesamento da perceção, assemelhando-se assim à capacidade para encontrar significados positivos em situações de stress. Finalmente, embora não explicito na literatura, podemos afirmar que os EP, ao promoverem bem-estar com dissipação das emoções negativas e ajudando a encontrar significados positivos em situações de stress, parecem igualmente, promover um sentimento de “Segurança”, característica descrita pelos AF+ como um estímulo que parece influenciar positivamente o sentimento de eficácia do cliente, podendo assim ajudar a diminuir o sentimento de insegurança e, consequentemente, torná-los mais seguros, reforçando a autoestima. Igualmente, os EP parecem assemelhar-se aos subtemas “Mudança, evolução e crescimento” e “Incentivar”, comuns aos AF+ e RAC, já que encontrar significados positivos em situações de stress, é semelhante ao primeiro, por representar o processo de evolução e crescimento do cliente e, desta forma, encontrar significados positivos em situações de stress pode ser encarado como uma forma de ganhar resiliência e crescimento. É, igualmente semelhante ao segundo, já que incentivar positivamente o cliente parece aumentar a sua autoconfiança e, consequentemente, acaba por motivar o mesmo a superar as dificuldades, reforçando as suas conquistas. Da mesma forma, o subtema de “bem-estar” comum às duas técnicas, é uma característica das EP. Os participantes do presente estudo referem gostar muito das técnicas por fazê-los sentirem-se muito bem e, por vezes, até aliviados, salientando ainda que, quanto mais estímulos positivos o terapeuta devolver, maior a possibilidade de transformar toda a sessão em algo mais

---

positivo. Podemos assim afirmar que, usar RAC e AF+ parece promover bem-estar psicológico e causar maior dissipação de emoções negativas, bem como parece promover um maior bem-estar relacional, vinculação, segurança e aceitação, sendo assim características que parecem ajudar na AT e, conseqüentemente, no sucesso terapêutico.

Em jeito de conclusão, uma vez que RAC e AF+ podem ser consideradas técnicas que promovem EP, e sabendo que as EP promovem a longevidade, o funcionamento individual e coletivo, o bem-estar psicológico e a saúde física, bem como, quando induzidas em laboratório, causam uma maior dissipação das emoções negativas e servem para desfazer os efeitos secundários cardiovasculares das emoções negativas, e ajudam os indivíduos a encontrar significados positivos em situações de stress (Fredrickson, 2003), então podemos afirmar que as RAC e AF+ parecem contemplar todos estes benefícios. Igualmente, estas técnicas parecem ter a capacidade para tornar os clientes mais fortes, e, como já atrás referido, Timulak (2010) revela, entre outras, uma categoria denominada de ‘uma nova experiência emocional com uma sensação de empoderamento’ como um evento positivo identificado pelos clientes. Além das semelhanças com as nossas categorias Atitude Construtiva e Profissionalismo, como já mencionado, este empoderamento está implícito nestas técnicas. O efeito da “pessoa” do terapeuta e da sua positividade na formação de AT fortes tem sido apresentado em alguns estudos. Pearson e Bulsara (2016) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de identificar as principais características responsáveis no estabelecimento de AT em períodos curtos, e os resultados apresentaram um tema, entre outros, que vem reforçar a necessidade em detetar e formar alianças positivas onde, embora o afeto e os comportamentos do cliente fossem vistos como indicadores de alianças positivas, as contribuições do terapeuta para a formação da aliança surgiram através da aplicação de técnicas de aconselhamento e modos de ser, estando isto associado ao carácter do terapeuta, e este resultado corrobora outros estudos que mostram que o facto do terapeuta dar *feedback* positivo relativamente ao sucesso da terapia e reduzir uma atitude mais negativa no cliente, são comportamentos preditores de uma aliança mais forte (Muran & Barber, 2010).

Se olharmos para o constructo da Felicidade, realizamos que este não pode ser entendido, apenas, pela ausência do negativo (Diener & Emmons, 1984; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; Watson & Tellegen, 1985; Zevon & Tellegen, 1982) e a experiência positiva deve ser um dos determinantes de crenças importantes como autoestima (Pelham & Swann, 1989), autoeficácia e motivação (Bandura, 1986). Sabemos que as ações de capitalização se sobrepõem ao apoio social e permanecem teórica e empiricamente distintas deste último (Shorey & Lakey, 2011). Assim, se as RAC são uma forma de capitalizar, sendo descritas como algo que “reforça, encoraja e fortalece os clientes e fá-los sentirem-se mais confiantes”, então poderão contribuir positivamente para a autoestima, autoeficácia e motivação, contribuindo para a felicidade, mais do que meramente promover sentimentos de apoio ou diminuir o sofrimento do sujeito.

Igualmente, se o apoio a eventos positivos pode ser considerado um fator de grande contribuição para a percepção de disponibilidade (Gable et al., 2012) então o terapeuta devolver RAC e AF+ parece contribuir para demonstrar a sua disponibilidade. Este resultado vai ao encontro das características dos terapeutas apoiantes (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bacharel, 1995; Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2009; Bedi & Richards, 2011; Littauer et al., 2005; Mohr & Woodhouse, 2001) encorajadoras e afetivas (Bedi, 2006; Bedi, Davis & Arvay, 2005; Bedi, Davis & Williams, 2005; Bedi & Duff, 2014; Bedi & Richards, 2011; Duff & Bedi, 2010; Timulak & McElvaney, 2013), características que os clientes elegem como fundamentais para o estabelecimento de uma forte AT.

Em relação ao benefício das RAC para a AT, podemos afirmar que maiores percepções de apoio à capitalização estão associadas a uma maior satisfação no relacionamento, compromisso, amor e apreciação (Davoodvandi et al., 2018; Fivecoat et al., 2015; Gable & Anderson, 2016; Hershenberg et al., 2016; Kashdan et al., 2013; Lambert et al., 2012), e sujeitos que acreditam que apoiaram o parceiro também apresentaram uma maior satisfação e comprometimento do relacionamento (Kashdan et al., 2013), e os sujeitos que relataram empatia com as EP dos outros, expressaram uma maior disposição para ajudar aqueles que mais necessitam, e estão mais comprometidos em fazer os outros felizes (Andreychik & Migliaccio, 2015). Assim, mais uma vez podemos afirmar que as RAC parecem beneficiar a AT.

No que diz respeito ao momento certo para usar esta técnica, a investigação mostra que capitalizar numa altura precoce parece contribuir com capital emocional que fornece uma base para o desenvolvimento de confiança, intimidade mútua e EP (Logan & Cobb, 2013), e parece servir de suporte contra futuras ameaças de relacionamento (Feeney & Lemay, 2012; Gable et al. 2004). Parece ainda que, quanto mais os capitalizadores percebem que o seu parceiro é responsivo, mais íntimos se sentem (Otto et al., 2015) e, igualmente, casais em dificuldades submetidos a psicoterapia, relataram maior satisfação no relacionamento pós-terapia sempre que foi fornecido maior suporte à capitalização (Hershenberg et al., 2016). De acordo com os resultados desta investigação associados ao maior contributo para o sucesso terapêutico, podemos afirmar que uma relação terapêutica assenta, acima de tudo, num relacionamento interpessoal de confiança e até intimidade (pela relação de proximidade), logo, poder-se-á dizer que, usar RAC e AF+ precocemente em contexto terapêutico, poderá ajudar a contribuir para um vínculo terapêutico forte e a prevenir futuras ameaças de rupturas e/ou *drop-out*.

Os resultados do presente estudo sugerem que os clientes valorizaram a presença de um relacionamento atencioso, de suporte e sem julgamento, ou seja, um ambiente terapêutico de compreensão e aceitação, através da identificação das características consideradas como o maior contributo para o processo terapêutico. Igualmente, sugerem que os clientes influenciam na qualidade da relação e no sucesso da terapia, e eles próprios também identificam algumas características que consideraram serem úteis para a terapia, nomeadamente, a sua

autenticidade, participação e estar aberto à aprendizagem. Relativamente aos terapeutas, os resultados mostram que, entre outras características, são valorizados na sua autenticidade, atitude calorosa e atitude construtiva. Sabemos que a investigação mostra que a responsividade percebida é central em diversas áreas das relações próximas como p.e., intimidade, confiança e empatia (Lemay et al., 2007; Murray et al., 2006). Assim, de acordo com estes resultados, parece-nos de suma importância que os terapeutas encontrem um equilíbrio entre seu lado pessoal e técnico, devendo assim deixar emergir a sua componente afetiva e dedicada, mas também construtiva, positiva e responsiva para além do uso das suas competências técnicas associadas à psicoterapia, já que capitalizar com um parceiro responsivo, através de respostas ativas construtivas e passivas construtivas, está associado a um maior afeto positivo, satisfação com a vida, sentimentos de aceitação, bem-estar subjetivo e menor efeito negativo (Cohen et al., 2009; Gable et al., 2004), podendo assim construir alianças positivas de proximidade, proporcionando assim, maior bem-estar, suporte e confiança na relação.

De uma forma sucinta, podemos concluir que as RAC podem ser encaradas como um Sistema de Fichas (*Token*) (Rachman, 2015), que funcionam como incentivadores/encorajadores/reforçadores, promovendo orgulho e bem-estar, representando a EP decorrente do ato de incentivar. Da mesma forma, podemos afirmar que usar RAC é semelhante ao ato de capitalizar com responsividade (Cohen, Smith, & Reis, 2009; Gable et al., 2004), promovendo assim EP de orgulho e bem-estar, amplificando a componente cognitiva e favorecendo a construção de recursos psicológicos. Parece, igualmente, ajudar no fortalecimento dos clientes (aumento de autoestima, sentimento de autoeficácia e motivação) e unir os elementos envolvidos na terapia, influenciando positivamente a AT. Parece, ainda, ilustrar a disponibilidade dos terapeutas, promover confiança, intimidade mútua e EP, bem como favorecer a proximidade, reforçando a vinculação terapêutica, característica igualmente nomeada pela categoria Cuidar do presente estudo, e identificada como a maior determinante para um processo terapêutico de sucesso. Para terminar, podemos concluir que usar RAC precocemente em contexto terapêutico, poderá ajudar a contribuir para um vínculo terapêutico forte e a prevenir futuras ameaças de ruturas e/ou *drop-out*.

Finalmente, de acordo com a Teoria da Ampliação e Construção de Emoções desenvolvida pela mesma autora (Fredrickson, 2013) podemos observar semelhanças entre uma das características da Ressonância de Positividade (RP), o ‘cuidado e preocupação mútuos’, com a descrição feita pelos participantes relativamente ao impacto da positividade, ou seja, ao impacto dos AF+ onde a categoria “Revela interesse e aceitação” parece revelar interesse e aceitação por parte do terapeuta, transmitindo um sentimento de segurança, bem-estar e reconhecimento no cliente, e promovendo mudança, evolução e crescimento. De acordo com esta teoria, uma ligação interpessoal de alta qualidade, denominada de RP, pode surgir entre parceiros românticos, amigos de longa data, entre colegas de trabalho ou até entre estranhos, sendo assim particularmente poderosa na promoção

da saúde e bem-estar. Assim, a característica ‘cuidado e preocupação mútuos’ refere-se à medida em que cada pessoa está momentaneamente preocupada e dedicada ao bem-estar do(s) outro(s) (Fredrickson, 2013) e assim, o cuidado e preocupação mútuos são importantes nos relacionamentos de alta qualidade, porque o sentimento de ser reconhecido ou respeitado confirma o valor e o sentido de competência que o outro lhe dá (Dutton & Heaphy, 2003) tornando os parceiros da interação com menor propensão a sentirem-se julgados, e mais dispostos a oferecer os seus pontos de vista, sem medo de prejudicar a sua imagem (Carmeli et al., 2009; Edmondson, 2004). A percepção deste investimento genuíno e a capacidade de resposta foram identificados como uma marca importante de proximidade e intimidade (Reis et al., 2004). Embora esta característica seja descrita num formato unidirecional (do terapeuta para o cliente), acreditamos que este sentimento de ser reconhecido ou respeitado (no caso do cliente) confirma o valor e o sentido de competência que o outro lhe dá, o terapeuta, estando o fenómeno da confiança no terapeuta inerente ao próprio processo, o que devolve o outro lado da direção (bidirecional). Assim, consideramos que os AF+ se assemelham a uma das características que caracterizam uma ligação interpessoal de alta qualidade (RP), a característica ‘cuidado e preocupação mútuos’, de acordo com a Teoria da Ampliação e Construção de Emoções (Fredrickson, 2013), por terem uma descrição semelhante à característica “Revela interesse e aceitação”, e que é percebida como um investimento genuíno e uma marca importante de proximidade e intimidade (Reis et al., 2004). Podemos assim concluir estarmos perante uma técnica que parece contribuir para que se crie uma proximidade elevada entre terapeuta e cliente, promovendo assim uma maior vinculação e, conseqüentemente, um processo terapêutico mais eficaz.

Vamos agora sintetizar aquilo que foi enaltecido por cada grupo de participantes, clientes e terapeutas, e de que forma isto deve ser encarado pela prática clínica. Quando falamos nas características comuns aos AF+ e RAC, os terapeutas dão mais importância ao reforço de comportamentos e à mudança, evolução e crescimento que proporcionam, já os clientes valorizam mais o bem-estar que lhes proporciona, o incentivo à mudança e sentirem-se validados. Relativamente às características que os diferem, os clientes e terapeutas estão em consenso relativamente à importância de estratégias alternativas mais eficazes, já em relação às outras características, os terapeutas dão mais importância ao fortalecimento dos clientes, e os clientes valorizam mais o orgulho que lhes é proporcionado, bem como o interesse e aceitação que é transmitido pelo terapeuta. Desta forma, não descurando todas as características, é do interesse para a prática clínica os terapeutas terem especial atenção às duas técnicas no que diz respeito ao bem-estar que proporcionam, ao incentivo à mudança, à componente validante e ao facto de os fazer sentirem-se orgulhosos, bem como revelar interesse e aceitação por parte do terapeuta, devendo assim estar mais atentos a estas particularidades.

Foi ainda avaliado se os fenómenos do florescimento e da capitalização com responsividade estavam relacionados com a percepção de eficácia, rapidez e satisfação com evolução do processo e melhoria de sintomas.

Os resultados mostraram que não houve AF- em qualquer processo terapêutico e os AF+ não apresentaram diferenças merecedoras da nossa reflexão, logo, a nossa questão não se verificou, não podendo assim ser conclusiva a aplicação do florescimento na prática clínica, como uma técnica eficaz, embora seja percebida pelos participantes como uma técnica que favorece o florescimento. No caso das RAC, parece que o seu uso só é percebido como eficaz pelos clientes, e não pelos terapeutas, mas apenas quando usado numa percentagem média que varia entre 26% e 50% das respostas do terapeuta. Para as RPC, a nossa questão verificou-se ao nível da confiança para clientes e eficácia para terapeutas, onde os clientes e terapeutas apenas confiam na utilização de RPC se forem usadas até um máximo de 25% de respostas do terapeuta. Em 1999, Losada revela estudos que mostraram que as equipas com desempenhos elevados, médios e baixos tinham um rácio de P/T num valor de 5.6, 1.9 e 0.36, respetivamente, tendo este rácio sido estudado pelo autor através de avaliações da dinâmica das equipas. O limite mínimo para um funcionamento em equipas em florescimento é de 2.9, conhecido como “*Losada Line*”, e o rácio de 11.6 foi considerado o limite superior, onde acima deste valor a positividade deixa de ser funcional. O autor afirma que as dinâmicas mais complexas ocorrem nesta linha ou acima dela (2.9), e as mais simples, abaixo da mesma, sendo esta complexidade definida pela capacidade que os sujeitos têm, ou não, em compreender o outro. Assim, uma vez que usar RAC e RPC promove EP, colocamos a hipótese de esta teoria também se aplicar ao fenómeno da capitalização, onde o excesso de uso pode perder o seu significado. De uma maneira geral, comparando o uso de RAC e RPC, podemos afirmar que as RAC são percebidas como mais eficazes e satisfatórias no que diz respeito à melhoria de sintomas e evolução do processo terapêutico, quando comparadas com RPC, o que veio confirmar a nossa questão.

Em contraste com o *feedback* positivo orientado para o sucesso no segundo tema, foi explorado o “**Impacto do *feedback* negativo, neutro e orientado para a problemática**” no terceiro tema, e os resultados apresentaram três categorias principais: Respostas Orientadas para a Problemática (ROP), Atos de Fala Negativos (AF-) e *Feedback* Neutro, por esta ordem de emergência. A primeira subcategoria das ROP, Ajuda a Gerir Angústias, foi relatada como uma técnica que ajuda o cliente a identificar, compreender e ressignificar as angústias, facilitando assim o reconhecimento e aceitação das mesmas e preparando o mesmo para lidar melhor com situações iguais ou semelhantes no futuro. A segunda, Mostra Interesse por Parte do Terapeuta, parece ser demonstrativa da disponibilidade do terapeuta através da manifestação de interesse para ouvir o cliente, com características apoiantes e orientadoras. Parece-nos assim que as ROP revelam uma real disponibilidade por parte do terapeuta, onde é refletida a sua empatia, valorizando o problema em si, e mostrando-se disponível para mergulhar nas profundezas do cliente, facilitando o reconhecimento e aceitação da problemática, preparando-o para situações semelhantes no futuro. Parece-nos assim que as ROP incluem o constructo da empatia. Já sabemos que, embora existam diversas lentes que explicam este constructo, há uma base comum a todos eles: a

empatia promove proximidade e ajuda na mudança terapêutica. Se dar ROP é reflexo de empatia, então podemos afirmar que dar ROP promove proximidade e ajuda na mudança, já que representa uma ressonância interpessoal (Depraz, 2005), uma necessidade de se colocar na “pele” do outro de forma a perceber a sua perspectiva e como é experienciada (Eagle & Wolitzky, 2009), e é um indutor de mudança uma vez que a forma como é comunicada tende a ser positiva e orientada para a experiência do sujeito, e as respostas empáticas favorecem o aparecimento de novas facetas acerca do que foi vivenciado, permitindo assim a reformulação das narrativas (Warner, 1999). Por último, parece representar um contacto profundo com o mundo interior do outro, sendo assim uma forma de entrar em sintonia com os seus sentimentos, significados e interpretações que atribui às suas experiências no momento, facilitando o conhecimento do outro, sendo assim uma forma afetiva de compreensão que parece promover um ambiente seguro e facilitando a exploração e a regulação afetiva (Greenberg & Elliott, 1999). Podemos assim afirmar que, dar ROP, parece contribuir positivamente para a AT e para um resultado terapêutico mais eficaz.

Ainda relativamente à segunda subcategoria que parece refletir uma real disponibilidade do terapeuta para estar com o outro, podemos identificar a mesma com um dos facilitadores da relação terapêutica da Terapia Centrada na Pessoa de Carl Rogers (1957, 1992), o *Positive Regard* (PR), ou seja, a devolução de considerações positivas por parte do terapeuta. De acordo com a literatura, Rogers (1957, 1992) postulou que, considerações positivas, de congruência (autenticidade) e empatia por parte dos terapeutas, eram consideradas condições necessárias e suficientes para que se desse mudança terapêutica. Este autor afirmou que a presença destas condições era fundamental para a relação terapêutica, contribuindo de forma confiável para o curso da psicoterapia, independentemente da técnica ou outros fatores. Esta conclusão tem vindo a ser testada ao longo dos tempos, e tem sido frequentemente apoiada pela literatura (Norcross & Wampold, 2011), e apoiada por diversas investigações (Barrett-Lennard, 1986; Duncan et al., 2010; Farber & Doolin, 2011; Farber et al., 2018; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Suzuki & Farber, 2016). De acordo com os autores, os resultados da investigação parecem apontar os PR como um componente significativo da relação terapêutica que leva a melhores resultados clínicos. Podemos assim concluir que, utilizar ROP, parece igualmente refletir um PR, uma vez que é uma estratégia que “parece ser demonstrativa da disponibilidade do terapeuta através da manifestação de interesse para ouvir o cliente, com características apoiantes e orientadoras”, indo assim ao encontro da descrição geral de Rogers (1957, 1992), que a descreve como uma aceitação calorosa do terapeuta a cada aspeto experiencial do cliente, sendo assim um cuidado específico a ter com o cliente, não de uma forma possessiva, nem de forma a satisfazer as próprias necessidades do terapeuta, mostrando, desta forma, um cuidado e um formato especial para estar com o cliente, devolvendo conforto emocional.



Igualmente, parece ir ao encontro das duas primeiras categorias do resultado da investigação de Suzuki e Farber (2016), uma vez que se assemelha a ‘declarações de cuidado’ (com declarações explícitas de encorajamento, apoio, admiração e cuidado), bem como a ‘comportamentos de responsividade única’, que retratam que o terapeuta está verdadeiramente em sintonia com seu cliente, ouvindo atentamente, mostrando compreensão e recordando aquilo que foi compartilhado, devolvendo uma sensação de “calor não possessivo”, ou seja, devolvendo conforto emocional, mostrando uma abordagem imparcial por parte do terapeuta que serve para entender a experiência do cliente, revelando igualmente empatia, já que parece evidenciar um sentimento de que o terapeuta está, de facto, interessado e atento ao cliente, além de poder e estar disposto a permitir que o contexto emergente em terapia influencie as suas respostas. Assim, se o PR faz parte de uma das condições fundamentais para a relação terapêutica, contribuindo de forma confiável para o curso da psicoterapia, independentemente da técnica ou outros fatores (Rogers, 1957, 1992), e é um componente significativo da relação terapêutica que leva a melhores resultados clínicos (Farber et al., 2018), podemos afirmar que a ROP poderá igualmente favorecer a relação terapêutica e, consequentemente, levar a melhores resultados clínicos.

No que diz respeito aos AF-, estes são descritos como uma estratégia que parece ajudar no confronto de temática mais difíceis, estimulando o questionamento e fomentando um aumento do esforço do cliente para a concretização dos objetivos terapêuticos, podendo influenciar assim no seu processo de crescimento e evolução terapêutica. Embora seja identificada com uma carga negativa por ser de cariz confrontativo, expondo mais as fragilidades/dificuldades/medos do cliente, parece ser encarada como algo construtivo por estar associada aos objetivos terapêuticos a concretizar, bem como parece ajudar o cliente a reconhecê-las e a interiorizá-las, promovendo assim a sua aceitação, reconhecimento e, consequentemente, estimulando a mudança positiva. É também referida como uma estratégia que parece ajudar na orientação do cliente a adotar o comportamento mais adequado, sendo sentida como algo que ajuda a legitimar o comportamento. Igualmente, é indicada pelos participantes que deve ser dita num formato construtivo para que possa ter impacto positivo, implicando assim alguns cuidados a ter quando se usa esta técnica, nomeadamente, tem que ser dita num formato construtivo ou ser usada em conjunto com *feedback* positivo e isenta de julgamentos ou condenação, caso contrário, parece ter um impacto negativo no cliente, e como consequência pode quebrar a relação terapêutica, acabando por afastar o cliente da terapia. Podemos assim afirmar estarmos perante uma técnica que parece promover a mudança terapêutica, mas apenas se for usada num formato construtivo, ou em conjunto com *feedback* positivo (reforço) isento de julgamentos ou condenação, caso contrário pode afastar o cliente da terapia. Assim, é sentida pelo cliente como uma técnica que vai legitimando os comportamentos, uma vez que o ajuda a confrontar-se com as suas fragilidades, orientando-o a adotar comportamentos mais adequados e emocionalmente ajustados.

De acordo com esta descrição, podemos afirmar estarmos perante uma técnica com características semelhantes à técnica de Dessensibilização Sistemática (DS), uma técnica comportamental desenvolvida por Wolpe (1964) e tem como base o princípio do condicionamento clássico de Watson (Watson & Rayner, 1920) e é utilizada para ajudar a reduzir o medo, a fobia, a ansiedade ou a sensibilidade, através de uma exposição repetida, e o seu objetivo é eliminar a resposta negativa a uma série de estímulos de uma forma gradual, podendo substituí-la por uma resposta mais adaptativa e eficaz (Wolpe, 1964). Assim, sendo os AF- descritos como uma técnica que ajuda o cliente a confrontar-se com os seus medos e o orienta no sentido de adotar comportamentos mais adequados e emocionalmente ajustados ajudando na mudança terapêutica, podemos afirmar que esta técnica é semelhante à DS já que esta implica uma exposição gradual aos medos (confronto), promovendo a extinção gradual dos comportamentos inapropriados e a substituição por comportamentos adaptativos eficazes, não contemplando explicitamente a hierarquização das situações. Não podemos deixar de referir que, embora não haja uma hierarquia explícita nesta técnica, acreditamos que o profissionalismo e bom senso do terapeuta ajude a que este confronto seja feito de uma forma gradual (utilizando um formato construtivo ou em conjunto com *feedback* positivo, isento de julgamentos ou condenação), caso contrário, tal como referem os participantes, irá afastar o cliente da terapia.

Da mesma forma, encontramos semelhanças entre algumas características dos AF- descritos no presente estudo e os AF- descritos por diversos autores da PP (Fredrickson, 2009; Fredrickson & Losada, 2005; Losada, 1999; Losada & Heaphy, 2004; Waugh & Fredrickson, 2006), onde os autores defendem que interagir com o outro através do negativo (AF-) promove sentimentos desagradáveis, e ajuda a diminuir ou a cessar comportamentos, ou até mesmo a redirecioná-los (Negativismo). Assim, embora os AF- sejam caracterizados no presente estudo com uma carga negativa por ser de cariz confrontativo, expondo mais a fragilidade/dificuldade/medo do cliente, esta parece também ser encarada como algo construtivo por estar associada aos objetivos terapêuticos a concretizar, bem como ajudar a reconhecer e a interiorizar as fragilidades/dificuldades/medos por parte do cliente, promovendo assim a sua aceitação, reconhecimento e, consequentemente, ajudar a estimular a mudança positiva. Assim, contrariamente aos AF- descritos pelos autores (Fredrickson, 2009; Fredrickson & Losada, 2005; Losada, 1999; Losada & Heaphy, 2004; Waugh & Fredrickson, 2006) que representam atitudes de sarcasmo, os AF- da nossa investigação parecem ter o poder de estimular a mudança positiva se forem ditos num formato construtivo, ou em conjunto com *feedback* positivo e isentos de julgamentos ou condenação, caso contrário, poderão quebrar a relação terapêutica. Há um fenómeno de todo o interesse referir que é o facto de ao longo das 40 sessões de psicoterapia, não terem sido observados quaisquer AF- nem Respostas Destrutivas.

---

Finalmente, a técnica do *Feedback* Neutro é uma abordagem neutra do terapeuta que é descrita pelos participantes como tendo duas funções principais opostas: 1) deve ser usada em temáticas menos valorizadas, ou seja, temáticas que não fazem parte do plano terapêutico ou temáticas para as quais o cliente não tem ainda maturidade para se confrontar; 2) parece ser uma técnica que promove reflexão e crescimento, uma vez que pode ser encarada como um incentivo para um maior esforço e dedicação por parte do cliente. Parece-nos assim, estarmos aqui perante a gestão do *setting* terapêutico, onde o terapeuta exerce um papel de orientação, com definição de limites e ética. O processo terapêutico decorre num espaço e num tempo bem definido, designado por *setting* terapêutico, e, apesar deste não estar ainda devidamente definido, algumas escolas têm-lhe atribuído especial importância, bem como têm dado especial enfoque ao seu papel “constante” no processo terapêutico (Leal, 2000, 2008). Embora o *setting* terapêutico seja definido sob várias perspetivas pelos diversos autores (Etchegoyen, 1987; Etchegoyen, 2001; Farate, 2012; Fleming, 2003, 2006; Frank & Frank, 1993; Leal, 2000, 2008; Winnicott, 1971; Zimerman, 2000), podemos afirmar que existe uma ideia comum que prevalece acerca deste constructo: o papel do terapeuta como mediador de forma a atingir o sucesso terapêutico, estipulando os seus contornos, definindo os papéis, os limites e a ética de cada ator, garantindo um ambiente estável e securizante que promova a mudança terapêutica. Assim, olhando para as duas principais funções do *feedback* neutro, onde a primeira retrata que “deve ser usado em temáticas menos valorizadas, ou seja, temáticas que não fazem parte do plano terapêutico ou temáticas para as quais o cliente não tem ainda maturidade para se confrontar” parece-nos assemelhar-se à função do terapeuta como mediador do processo, orientando o percurso do diálogo, garantindo que se abordam temas relevantes para o processo terapêutico, e evitando temas para os quais considera que o cliente não está preparado, de forma a construir uma relação única e transformadora, e a segunda que “parece ser uma técnica que promove reflexão e crescimento, uma vez que pode ser encarada como um incentivo para um maior esforço e dedicação por parte do cliente” onde, mais uma vez, o terapeuta adota um papel orientador, promovendo o crescimento do cliente de uma forma autónoma através de uma descoberta guiada.

Finalmente, vamos abordar os diferentes pesos que cada grupo, terapeuta e clientes, dá a estas técnicas. No caso das ROP, os resultados mostram que parece existir uma igual consciência nos dois, no que diz respeito à função de gerir angústias, revelando que ambos dão importância a esta característica do processo terapêutico, mas apenas os clientes enfatizam o interesse que parece devolver por parte do terapeuta, revelando assim a importância da disponibilidade dos terapeutas para os clientes. Quanto aos AF-, ambos enfatizam a característica de confronto construtivo, mas os terapeutas parecem revelar ter mais esta consciência, como se tivessem mais presente a eficácia desta técnica. No caso do *Feedback* neutro, os clientes apenas enfatizam a característica de promover maior reflexão, denotando assim o lado reflexivo da mesma, já os terapeutas, a maioria considera que

é para temas menos importantes ou para os quais o cliente não está preparado, e apenas um concorda com o aspeto reflexivo. Daqui surge uma conclusão muito interessante, onde o objetivo dos terapeutas pode ser completamente oposto: para aqueles que consideram que são para temáticas menos valorizadas, não estão a ser concretizados, pelo contrário, estão a estimular a reflexão dos clientes sobre aqueles temas para os quais consideram que os clientes ainda não estão preparados ou não têm interesse para o processo; para os outros, que consideram que serve como reflexão, parece que o seu objetivo é concretizado. Há que ter em consideração este risco e investir em mais investigação.

Podemos assim concluir que as estas três técnicas podem ser consideradas como facilitadoras do processo terapêutico, à exceção dos AF- que só o são, se ditos num formato construtivo, ou em conjunto com *feedback* positivo e isentos de julgamentos ou condenação, caso contrário poderão criar rutura na relação terapêutica.

Como últimos objetivos deste tema, relacionámos o tipo de foco e a perceção de foco, com a perceção de eficácia, rapidez e satisfação com o processo, e os resultados mostraram que os terapeutas percecionam o resultado da terapia como mais eficaz quando há equilíbrio na perceção do foco entre problemas e sucessos. De acordo com a literatura, a psicologia clínica tradicional foca-se mais em estudar aspetos relacionados com as problemáticas, ou seja, associados à psicopatologia, uma vez que a sua origem surge com o objetivo de estudar as manifestações da doença mental de forma a fazer um diagnóstico para encontrar soluções (Gleitman & Silva, 2002). Já a corrente positiva da psicologia, surge para estudar o sujeito que não adoece, avaliando as suas forças e virtudes, e de que forma se destaca dos sujeitos mais propensos a desenvolver psicopatologia (Seligman, 2002, 2003, 2008). Assim, de acordo com os nossos resultados, podemos afirmar que, na perspetiva dos terapeutas, tanto a psicologia clínica tradicional como a PP, são ambas complementares e não mutualmente exclusivas, onde a sua aplicação na prática clínica deve ser feita de forma equilibrada em função da necessidade do cliente e do momento do processo terapêutico.

Passaremos agora ao quarto tema, **“A eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das perceções”** onde se faz a descrição e avaliação da eficácia da terapia, das razões que alegaram para que corresse bem, e daquilo que poderia ser melhorado. No entanto, ressaltamos que esta só foi avaliada pela perceção dos participantes, não tendo sido objetivamente quantificada. Os nossos resultados revelam que os participantes consideram que a terapia funciona muito bem, no entanto, ressaltam dois aspetos a ter em consideração: a sabedoria e experiência do terapeuta ajustada a cada caso, e no caso dos clientes, a sua disponibilidade para a mudança, a sua motivação e sentido de responsabilidade. É interessante notar que os clientes consideram que, o simples facto de poderem falar das suas questões, parece já ser uma ajuda à melhoria dos seus sintomas, como se falar, *per si*, fosse o suficiente para aliviar sintomas. Estes resultados vão ao encontro

---

da literatura, no que diz respeito ao ajustamento do terapeuta, já que esta refere a importância de o terapeuta se ajustar a cada cliente, numa perspetiva *Taylor made*, adaptando especificamente as suas intervenções aos comentários que recebem dos seus clientes (e.g. Beutler, Someah et al., 2016; Swift & Parkin, 2017; Love & Farber, 2017). No caso das características do cliente, nomeadamente a sua disponibilidade para a mudança, sua motivação e sentido de responsabilidade, vai ao encontro da importância das características dos clientes enquanto fator comum para a mudança terapêutica, mas também da importância da sua perspetiva como contributo para esta mudança (Bohart & Wade, 2013), e mais especificamente, de alguma investigação qualitativa que retrata a capacidade que os clientes têm para se abrirem com o terapeuta, envolverem-se na terapia e estarem abertos à aprendizagem (Nilsson et al., 2007; Timulak et al., 2017). Ainda neste sentido, a evidência sugere que a qualidade da AT, particularmente a perceção dos clientes acerca da mesma, e a qualidade da participação na terapia são determinantes para a eficácia terapêutica (Horvath, 2013; Macra et al., 1999).

Como causas para o sucesso, ou seja, na descrição daquilo que os participantes consideram que correu bem, os participantes referem que as causas principais para terem dado um valor de sucesso elevado foram, o facto de acharem que estavam mais próximos do valor máximo que do mediano e porque consideram que houve uma boa evolução e AT, tendo inclusive, para alguns casos, superado as expectativas. Este sucesso é referido, quer para os casos em que a evolução foi observável desde o início do processo, como para aqueles em que houve mais resistência à mudança numa fase inicial, tendo a evolução sido menos consistente. Parece-nos assim, que a AT aqui retratada parece ter contribuído positivamente para uma boa evolução do processo, e, consequentemente, para a mudança terapêutica. Relativamente àquilo que poderia melhorar, os participantes referem uma maior disponibilidade, *insight*, maturidade e dedicação ao processo por parte dos clientes, bem como a necessidade de manter o acompanhamento e aumentar a periodicidade nos casos em que a terapia não é semanal. Relativamente ao que consideram que mais contribuiu para a confiança no futuro do processo terapêutico (tendo em consideração que as entrevistas aconteceram após as 5 primeiras consultas, tendo os processos continuado) os participantes consideraram que foi a confiança que se instalou entre o terapeuta e o cliente, o empenho e a motivação que houve ao longo do processo terapêutico, onde os clientes mencionam uma total confiança nos terapeutas, e os terapeutas referem o desenvolvimento de uma boa aliança, um aumento gradual da autoconfiança dos clientes, a sua capacidade de *insight*, o seu empenho e motivação, tendo-se refletido na sua persistência em lutar pelos seus objetivos, bem como na sua flexibilidade para lidar com as situações mais adversas. Relativamente àquilo que consideram que poderia melhorar, a maioria dos clientes não apresentam qualquer sugestão, já os terapeutas referem a necessidade de manter a terapia, a assiduidade e reforçar aprendizagens, de forma a trabalhar a consistência da mudança promovendo assim a maturação dos processos, principalmente para clientes mais resistentes à mudança, e alguns terapeutas referem a necessidade

de ter um cliente mais confiante e disponível, que acreditasse mais nas suas competências e capacidades, bem como ter uma maior disponibilidade para a mudança, e uma postura menos defensiva, com um locus de controlo mais interno.

De acordo com estes resultados, podemos afirmar que os mesmos vão ao encontro de alguma literatura, quer para o sucesso como para a confiança, onde o papel da aliança e as características dos clientes são cruciais para o sucesso terapêutico (Castonguay & Beutler, 2006; Castonguay et al., 2015; Lambert, 2013, 2015; Lambert & Barley, 2001; Norcross & Lambert, 2011, 2018; Norcross & Wampold, 2011, 2019; Wampold & Imel, 2015). O sucesso da AT é um preditor do sucesso terapêutico, mais especificamente, quanto melhor a qualidade da relação terapêutica, melhor o resultado da terapia (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009; Krause et al., 2011; Santibáñez-Fernández et al., 2009; Salinas et al., 2009; Serralta et al., 2010). É na AT que surge a capacidade de promover mudança psíquica e, consequentemente, este vínculo proporciona ao cliente um maior domínio sobre os seus conflitos e assim, ao sentir-se mais confiante, ganha uma maior consciência dos seus padrões de conduta e uma maior compreensão dos seus sintomas, que são o reflexo do seu funcionamento (Chilelli & Enéas, 2000). Por outro lado, nos últimos anos tem havido um foco no reconhecimento do papel do cliente enquanto participante ativo na psicoterapia (Bohart & Wade, 2013), onde Bergin e Garfield (1994) já defendiam que é o cliente, mais que o terapeuta, que implementa o processo de mudança. Assim, as causas atribuídas às características dos clientes, no caso do sucesso (maior disponibilidade, *insight*, maturidade e dedicação ao processo), e no caso da confiança (um aumento gradual da autoconfiança das clientes, a sua capacidade de *insight*, o seu empenho e motivação, tendo-se refletido na sua persistência em lutar pelos seus objetivos e na sua flexibilidade para lidar com as situações mais adversas) mas apenas na perspetiva dos terapeutas (os clientes não mencionaram nada), parecem refletir a importância das características dos clientes no papel da mudança terapêutica. Embora não haja muita distinção entre o que terapeutas e clientes identificam como as características a melhorar no caso do sucesso (o que varia é a pontuação das categorias), mas para a confiança apenas são mencionadas pelos terapeutas. Podemos assim afirmar que, embora os clientes estejam mais cientes da necessidade do seu empenho e dedicação ao processo, claramente os terapeutas têm mais consciência desta realidade. Este resultado parece ir ao encontro de alguma investigação que afirma que, por vezes, a perspetiva dos clientes acerca de diversos aspetos da terapia difere da perspetiva dos terapeutas (Elliott, 1986; Elliott & James, 1989; Horenstein, Houston, & Holmes, 1973; Macra et al., 1999), e alguns estudos retratam esta conclusão, já que mostram que os clientes tendem a enfatizar aspetos de confiança e resolução de problemas como sendo os mais úteis na sua terapia, enquanto os terapeutas tendem a enfatizar *insights* cognitivos e afetivos, que assumem que os seus clientes conquistaram com a sua terapia (Elliott, 1986; Elliott & James, 1989). De notar que a importância da AT para o sucesso e confiança da terapia parece estar mais presente nos terapeutas

que nos clientes, uma vez que cabe aos terapeutas estar a par dos resultados da investigação, sendo assim natural que os clientes não a refiram com tanta frequência, não por considerarem que não é importante, mas simplesmente por não estarem informados acerca da sua eficácia no sucesso da terapia, enquanto fator comum. Igualmente, terapeutas classificarem sucesso e confiança com valores mais baixos que os clientes e estes terem dado valores elevados, parece revelar uma elevada confiança dos clientes no processo terapêutico, podendo isto ter contribuído positivamente para o seu sucesso.

Relativamente à consciência de cada um, terapeuta e cliente, naquilo que poderia melhorar relativamente ao sucesso terapêutico, há uma consciência maior por parte dos terapeutas de que os clientes deveriam ter uma maior disponibilidade, *insight* e maturidade, quando comparados com os clientes, onde apenas três concordam com esta afirmação, podendo isto, mais uma vez, ser representativo da consciência dos terapeutas para a importância das características do cliente no processo de mudança terapêutica. Em relação ao que poderia correr melhor para que a confiança pudesse ser mais elevada, a maior parte dos clientes não mencionam qualquer fator, o que denota uma elevada confiança no processo terapêutico, mas metade dos terapeutas referem a necessidade de manter a terapia com assiduidade, reforçar as aprendizagens, bem como os clientes serem mais confiantes e disponíveis. Mais uma vez, valores mais elevados de confiança por parte dos clientes é aqui refletido, podendo existir a possibilidade de ter influenciado positivamente na confiança que têm no processo terapêutico e, consequentemente, no sucesso do mesmo. Igualmente, valores de confiança mais baixos por parte dos terapeutas podem ser reveladores do seu conhecimento acerca daquilo que promove mudança terapêutica, nomeadamente, a importância da consistência das sessões, o reforço das aprendizagens e uma maior disponibilidade e autoconfiança dos clientes. Relativamente a estes resultados, já sabemos que os fatores comuns são responsáveis pela eficácia da terapia independentemente da abordagem teórica (Ahn & Wampold, 2001; Luborsky et al., 2002), interessa assim dar atenção ao papel destes fatores na mudança terapêutica. Lambert (1992) identificou um conjunto de fatores de mudança que ilustram linhas gerais de pesquisas que analisam o impacto dos mesmos: 1) Mudança extra terapêutica, que diz respeito aos fatores ligados ao cliente (p. ex., tolerância à frustração, mecanismos homeostáticos) e ao ambiente (como acontecimento fortuitos, suporte social), que contribuem para a recuperação; 2) Expectativas (efeito placebo), que diz respeito à melhoria que resulta das crenças do cliente de que está ser tratado e da credibilidade na explicação e nas técnicas de determinado tratamento; 3) Técnicas, que são os fatores únicos e específicos de determinadas terapias, como por exemplo a dessensibilização sistemática; e 4) Fatores comuns, conjunto de variáveis existentes em várias terapias, independentemente da orientação teórica dos terapeutas, como por exemplo a empatia, aceitação, encorajamento, clima de segurança e confiança. Assim, olhando para os nossos resultados, podemos afirmar que: a) valores mais elevados por parte dos clientes parece assemelhar-se às

expectativas do cliente; b) valores mais baixos por parte dos terapeutas podem revelar a necessidade de reforçar as aprendizagens e parece assemelhar-se às técnicas; e c) os clientes serem mais confiantes e disponíveis parece assemelhar-se à mudança extra terapêutica, com fatores ligados às características dos clientes.

É interessante notar que os clientes e os terapeutas pontuam as razões de forma diferentes, quer para o sucesso, como para a confiança. No caso do sucesso, a maioria dos clientes consideram que estão mais próximos do sucesso máximo que do mediano, contrariamente aos terapeutas, onde apenas três são a favor desta afirmação. Relativamente a atribuírem uma boa evolução e AT, a maior parte dos terapeutas são a favor desta afirmação, contrariamente aos clientes, onde apenas dois concordam com a mesma. Em relação ao que poderia ser melhorado para que pudesse haver mais sucesso, há uma consciência maior por parte dos terapeutas de que os clientes deveriam ter uma maior disponibilidade, *insight* e maturidade, quando comparados com os clientes, onde apenas três concordam com esta afirmação. Tal como descrito anteriormente, colocamos a possibilidade de este resultado ter a ver com o facto de os terapeutas terem mais consciência dos resultados da investigação, sabendo assim quais os fatores preditores do sucesso da terapia. Finalmente, são poucos os clientes que consideram que seria necessário manter acompanhamento e aumentar a periodicidade para que o sucesso da terapia pudesse ter sido mais elevado, o que denota uma ideia geral satisfatória com o sucesso alcançado, contrariamente aos terapeutas, onde mais de metade considera necessário. Em relação à confiança, podemos afirmar que todos os terapeutas e grande parte dos clientes, à exceção de um, consideram que houve adesão, empenho e motivação, o que denota uma confiança geral elevada. Podemos ainda observar que apenas metade dos terapeutas consideram que houve uma boa adesão ao processo e uma boa AT, não tendo esta categoria sido nomeada por qualquer cliente. Relativamente ao que poderia ser melhorado para aumentar a confiança no processo, a maior parte dos clientes não mencionam qualquer fator, à exceção de dois, o que denota uma elevada confiança no mesmo, e metade dos terapeutas referem a necessidade de manter a terapia com assiduidade, reforçar as aprendizagens, bem como os clientes serem mais confiantes e disponíveis. Tendo em consideração a média do número de sessões que foram atribuídas aos clientes ( $M=8,875$ ;  $DP=2,47$ ) podemos afirmar que as expectativas dos clientes parece que foram atingidas (uma vez que não relataram qualquer observação para a confiança no processo), já os terapeutas, de acordo com o que consideraram ser necessário fazer ainda (manter acompanhamento, assiduidade, aumentar a periodicidade, reforçar aprendizagens), não ultrapassou, em média, três sessões, o que parece pouco quando são relatadas estas necessidades. Finalmente, de acordo com os resultados de eficácia, podemos com isto afirmar que a percepção de sucesso e confiança atribuída pelos participantes, foi elevada para mais de dois terços da amostra.

Por último, os resultados foram relacionados entre eles e deparámo-nos com alguns que considerámos interessantes. Para as díades Convergentes, quer nos Momentos Altos (sintonia acerca dos eventos mais



significativos) como nos Desejos (sintonia acerca dos objetivos terapêuticos), a categoria que se destacou foi o Profissionalismo, contrariamente às díades Divergentes, que apareceu em último lugar. Colocamos aqui a possibilidade de a característica Profissionalismo do terapeuta ter contribuído positivamente para a sintonia e harmonia com o cliente, tanto no foco terapêutico (Momentos Altos) como nos objetivos terapêuticos (Desejos), sendo esta uma questão a explorar no futuro.

Para as díades Divergentes, quer nos Momentos Altos (sintonia acerca dos eventos mais significativos) como nos Desejos (sintonia acerca dos objetivos terapêuticos), a categoria que se destacou foi o aspeto Cuidar (com Afeto ligeiramente superior a Empatia). Destacamos ainda a categoria Cuidar, referida como a segunda com mais frequência nas díades convergentes, e a primeira nas díades divergentes, podendo isto ser representativo de que, mesmo quando não há sintonia entre o terapeuta e o cliente, o aspeto cuidador está sempre presente, e quando há, isto parece ilustrar a componente afetivo-relacional da AT.

Finalmente, ao associarmos as principais características do processo terapêutico das respetivas díades com os valores de sucesso e confiança, observámos que a díade E não contempla as categorias Profissionalismo e Afeto e tem os níveis de sucesso e confiança mais baixos. Embora não se possa identificar um padrão nas restantes díades, a falta destas duas categorias faz-nos pensar se não poderão ser responsáveis pela eficácia baixa, onde está refletida a falta de proximidade afetiva, bem como a componente humana do terapeuta que ajuda na orientação para a identificação da problemática, sendo isto uma questão interessante a investigar no futuro.

De um modo geral, concluímos que tanto os clientes como os terapeutas enfatizam mais o aspeto pessoal do terapeuta que o aspeto técnico, uma vez que as categorias identificadas como o maior contributo para o processo terapêutico, apresentam aspetos mais direcionados para a vertente humana que a vertente técnica. Igualmente, os clientes valorizam a sua disponibilidade, autenticidade e dedicação ao processo terapêutico, o que poderá indicar a sua motivação para a mudança. Podemos ainda afirmar que a proximidade da relação foi o que mais se destacou como contributo para o sucesso da terapia. Assim, estar emocionalmente envolvido, revelando proximidade, afeto ou identificação com o outro, parece aumentar a proximidade entre clientes e terapeutas, e promover uma vinculação mais profunda. Além disso, independentemente da formação e treino dos terapeutas, a investigação mostra que terapeutas com competências interpessoais elevadas estão relacionados com alianças terapêuticas mais elevadas, quando comparadas com competências interpessoais mais baixas (Anderson, et al., 2016). Sabemos ainda, que a investigação mostra que as variáveis do terapeuta são preditoras dos resultados da terapia (Baldwin et al., 2007; Baldwin & Imel, 2013), e que os efeitos do terapeuta parecem ser maiores que os efeitos do tratamento (Lindgren et al., 2010). Além disso, a formação, a experiência e a orientação teórica do terapeuta parecem não explicar a maioria dos efeitos da terapia (Beutler et

al., 2004; Okiishi et al., 2003; Stirman & Crits-Cristoph, 2011). No que diz respeito aquilo que os clientes mais valorizam nos terapeutas, destacamos os aspetos cuidador, atitude construtiva e disponibilidade como os mais importantes para o sucesso, indo isto ao encontro de estudos que mostram a importância do apoio do terapeuta (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bacharel, 1995; Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2009; Bedi & Richards, 2011; Littauer et al., 2005; Mohr & Woodhouse, 2001), e a sua atitude encorajadora e afetiva (Bedi, 2006; Bedi et al., 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi & Duff, 2014; Bedi & Richards, 2011; Del Re et al., 2012; Duff & Bedi, 2010; Timulak & McElvaney, 2013).

As características pessoais dos terapeutas afetam a eficácia da terapia (Anderson et al., 2016; Baldwin & Imel, 2013; Baldwin et al., 2007; Black et al., 2005; Blow et al., 2007; Heinonen et al., 2012; Hersoug et al., 2010; Nissen-Lie et al., 2010; Nissen-Lie et al., 2013; Nissen-Lie et al., 2015; Norcross & Wampold, 2019; Wampold, 2001), onde a “pessoa” do terapeuta tem importância para a qualidade da relação. A capacidade de comunicação do terapeuta com o cliente, a sua abertura, a empatia, a experiência e a prática clínica, são características do terapeuta que promovem um impacto positivo sobre a AT (Horvath, 2001). Sabemos que terapeutas com características de honestidade, respeito, digno de confiança, confiante, interessado, atento, amigável, calmo e aberto têm níveis de AT mais elevados quando comparados com terapeutas distantes, rígidos, críticos, tensos e distraídos (Ackerman & Hilsenroth, 2003) e as características dos terapeutas que parecem estar relacionadas com uma melhor capacidade de estabelecimento de AT e melhores resultados da intervenção terapêutica são a abertura à experiência, flexibilidade, responsividade, tolerância à incerteza e à frustração (Elkin et al., 2014; Lambert & Ogles, 2004; Stiles et al., 1998). Igualmente, a capacidade empática, a demonstração de respeito, a colaboração e a exploração de temas interpessoais, estão associadas à qualidade da relação terapêutica de uma forma positiva (Smith-Hansen et al., 2011). Os resultados do presente estudo vão ao encontro da investigação, onde as características de apoio, afeto, empatia, confiante, digno de confiança, tranquilidade, autenticidade, honestidade, disponibilidade e responsividade revelaram ser impactantes nos resultados da terapia. Consideramos assim de extrema importância passar aos terapeutas a informação de que estas características são claramente importantes para os clientes, além da sua componente mais técnica, e são valorizadas pelos seus pares como as mais impactantes nos resultados da terapia. Tal como descrevem Pearson e Bulsara (2016), o aspeto “real” do terapeuta parece aqui ser representado pela genuinidade dos terapeutas no presente estudo, e o detetar e formar alianças positivas bem como, dar atenção a expressões emocionais positivas, como p.e gratidão, afinidade mútua e o desenvolvimento de uma confiança mais profunda, parece estar patente nas técnicas da positividade (AF+) e da capitalização com responsividade (RAC), mas também nas técnicas mais direcionadas à problemática (ROP) e de confronto (AF-), onde este último será assumido de forma construtiva ou em conjunto com *feedback* positivo e isenta de julgamentos ou condenação, e nas técnicas mais

neutras, onde o terapeuta adota uma postura de controlo do *setting* terapêutico e da orientação e curso do processo terapêutico, conforme as capacidades do cliente para lidar ou não com algumas temáticas. A capacidade para desenvolver AT pode ser treinada, mas, a investigação mostra que há terapeutas que se distinguem dos demais, mesmo quando formados e orientados pelos modelos estandardizados, logo, é necessário que a investigação continue a explorar esta dimensão pessoal, de forma a apurar e explicar o que os distingue dos demais, e avalie se, no ato de escolha da especialidade de clínica não será necessário fazer uma avaliação prévia dos alunos, no sentido de escrutinar quem tem ou não competências para seguir esta especialidade. O resultado do quarto tema desta investigação “Causas para o sucesso e confiança” mostra que os terapeutas apenas atribuem as causas de sucesso e confiança às características dos clientes ou do processo terapêutico, sem se mencionarem a eles próprios, como se ainda não tivessem noção ou consciência da importância da “Pessoa” do terapeuta para a eficácia do mesmo, ou, pelo contrário, como se considerassem que a eficácia terapêutica dependesse, fundamentalmente, do cliente e da AT. A evidência empírica denota que, de facto, as características dos clientes e a AT são cruciais para a eficácia da terapia, mas também se sabe que a “Pessoa” do terapeuta é fundamental para o seu sucesso, tendo isto sido corroborado pelos resultados do tema 1 desta investigação “O maior contributo para o processo terapêutico”.

Quanto às técnicas estudadas nesta investigação, concluímos que as EP induzidas por técnicas como as RAC e AF+, contrariam os efeitos produzidos pelas emoções negativas, e têm como efeito ampliar e construir recursos pessoais nos clientes em terapia. Da mesma forma, as técnicas AF- e ROP, embora indiretamente, utilizando recursos mais sofisticados, são igualmente técnicas que têm como objetivo promover EP, diminuir as negativas e fomentando a resiliência. Finalmente, o *Feedback* Neutro, na perspetiva do terapeuta, parece ser uma técnica que não apela a qualquer tipo de emoção, negativa ou positiva, mas tem igualmente como objetivo, evitar a negativa, sendo usada como um protetor do cliente em terapia, sempre que ele abordar algum assunto para o qual ainda não está preparado ou que não interessa, efetivamente, para os objetivos do processo terapêutico. Na perspetiva dos clientes, ela é percebida como algo que promove a reflexão, e assim, sugerimos mais investigação de forma a aprofundar melhor a eficácia e o propósito da mesma, já que o terapeuta pode estar a promover o contrário daquilo que era pretendido.

É assim fundamental fortalecer os clientes, as suas competências e não apenas corrigir fragilidades, através da indução de EP como forma de proporcionar caminhos para a saúde e bem-estar. Tal como tem sido defendido nos últimos tempos pela PP, a psicologia deverá examinar teoricamente e empiricamente as forças e virtudes humanas da mesma forma rigorosa como faz com os aspetos negativos (Fredrickson, 2002; Seligman, 2002, 2003, 2008). Os aspetos virtuosos da natureza humana funcionam como ferramentas valiosas, não só para problemas de saúde imediatos, mas também para estabelecer resultados benéficos a longo prazo (Tugade &

Fredrickson, 2004). Concluindo, o uso destas técnicas conduz a EP, ajuda na construção de resiliência, e promove o bem-estar físico e psicológico, componentes necessárias e uteis para o sucesso de qualquer processo terapêutico.

#### 4.3 Reflexões e limitações do estudo

O interesse clínico para desenvolver este estudo foi o de explorar o conhecimento científico na área da psicoterapia, sob a visão de ambos os atores do processo, terapeuta e cliente, adotando uma metodologia mista, mas de natureza eminentemente qualitativa, descritiva e exploratória. O facto de trabalharmos com seres humanos, permitiu-nos captar a sua perceção sobre as suas próprias experiências, podendo assim desviar-se de resultados mais objetivos ou externos às suas experiências. No entanto, não podemos deixar de salientar que as pessoas são, efetivamente, a autoridade para experienciar, pesar e pensar os diferentes aspetos da sua vida (Alexandrova, 2005). Assim, os resultados deste estudo devem ser interpretados de acordo com as características dos participantes: psicoterapeutas com formação na Sociedade de Terapias Breves, com experiência em clínica pública e privada, e uma média de sete anos de experiência enquanto psicoterapeutas; quanto aos clientes, estamos a falar de clientes que nunca tinham recorrido a terapia mas também clientes que já tinham recorrido, sendo que alguns referiram não ser a primeira vez que faziam terapia com o terapeuta da investigação. Parece-nos importante referir que a investigadora principal é psicoterapeuta, revelando assim conhecimento associado ao processo terapêutico, à experiência na condução de entrevistas, ao estabelecimento de relação terapêutica, bem como um conjunto de competências genéricas que permitem lidar com os desafios apresentados ao longo da investigação, e foram determinantes para a qualidade das condições estabelecidas durante o processo de recolha de dados. A envolvimento de terapeutas e clientes nesta investigação, permitiu a possibilidade da construção de uma relação colaborativa na psicoterapia e na investigação, de forma a alcançar uma co-construção do conhecimento sobre a prática psicoterapêutica. Podemos ainda afirmar que este estudo contribuiu para uma melhor compreensão de um conjunto de processos que conduzem a um resultado terapêutico mais satisfatório, valorizando assim, o impacto da psicoterapia na melhoria das relações com os outros, com o próprio e nas melhorias sintomáticas, tendo assim contribuído para a investigação sobre os resultados da psicoterapia que vão além das melhorias sintomáticas. Embora tenham surgido várias descobertas interessantes, existem algumas limitações a este estudo, que serão discutidas em detalhes abaixo, e restringem sua generalização.

Relativamente à técnica de amostragem, estamos perante uma amostra não probabilística, por conveniência, impedindo a capacidade de fazer afirmações gerais com rigor estatístico sobre a população estudada. Embora os resultados possam ser uma boa imagem da população estudada, a falta de precisão dessa imagem impediu-nos de usarmos ferramentas estatísticas de precisão, como a margem de erro e níveis de confiança, de forma a medir os resultados com maior validade e fiabilidade. Assim, esta amostragem pode

representar um desvio sistemático em relação à população geral, produzindo resultados distorcidos. Neste sentido, os leitores deste trabalho, precisarão confiar nos critérios de seleção feitos pela investigadora. Podemos assim afirmar estarmos perante um estudo piloto que nos deu tendências e resultados, que poderemos encontrar quando utilizarmos uma amostra probabilística, ajudando assim no planeamento da sua recolha.

Relativamente aos momentos de recolha da amostra, gravação das sessões, embora tenha existido o cuidado de implementar uma metodologia com todos os terapeutas de forma a minimizar diferenças entre eles (recolha no hospital, em momentos de consulta real, nos respetivos gabinetes de cada terapeuta, utilizando uma metodologia descrita na folha de “Operacionalização e controlo das sessões por terapeuta” entregue pela investigadora), não foi avaliada a confiabilidade intra-avaliador, de forma a garantir a consistência das medidas. Relativamente à classificação das 40 sessões, embora a mesma tenha sido executada por 7 participantes, tendo a sua formação prévia sido garantida, a confiabilidade inter-avaliador não foi avaliada, de forma a garantir a consistência das medidas realizadas por dois ou mais avaliadores diferentes. No que diz respeito aos conteúdos das entrevistas, os mesmos poderiam ter sido complementados com a devolução dos resultados aos participantes, de forma a promover maior reflexão e a recolha complementar o *feedback* dos participantes que acrescentariam significados para além daqueles que foram atribuídos durante a entrevista. Esta recolha direta pode ter impedido uma expressão mais livre por parte dos mesmos, que poderia ter sido contornada através da escrita como meio de comunicação, permitindo um distanciamento do investigador, potenciando a sua reflexão.

Se por um lado, ao optarmos por uma metodologia mista de análise de dados que nos permitiu contornar as limitações de cada um dos métodos, quantitativo e qualitativo, através da sua conjugação, por outro lado, a sua recolha, que englobou a gravação de sessões e entrevista, teria beneficiado da aplicação de um questionário de avaliação de sintomas, em três tempos distintos (antes de iniciar o processo terapêutico, no final das 5 sessões e na conclusão do mesmo, com um máximo de 4 meses), como forma de também avaliar a eficácia da psicoterapia, com validade e fidelidade estatística, não estando assim restrita à perceção de eficácia na perspetiva dos clientes e dos terapeutas. O nosso objetivo, no entanto, não foi avaliar a eficácia terapêutica, mas antes compreender como e de que forma é interpretado pelos clientes e terapeutas, o melhor do processo terapêutico, bem como, se e de que forma os fenómenos da positividade, florescimento e capitalização com responsividade se aplicam à prática clínica. Assim, esta investigação vem não só mostrar como os clientes e os terapeutas são agentes reflexivos, criativos e co-construtores do processo, mas também como as suas reflexões e intuições são específicas, ponderadas e baseadas na experiência vivida. Mais. Em diversos aspetos, as perspetivas dos clientes estão de acordo e triangulam algumas das propostas feitas por teóricos e investigadores da psicoterapia e com resultados encontrados em outros estudos qualitativos. No entanto, reconhecemos que esta avaliação de eficácia teria sido um complemento à metodologia mista.

Não podemos deixar de salientar que as evidências deste estudo devem ser encaradas de um modo crítico, já que parte da recolha de dados se baseou em entrevistas retrospectivas, tendo assim os seus limites, e não podendo ser generalizados. Por outro lado, as entrevistas têm por base aquilo que foi experienciado em terapia, não excluindo a possibilidade da existência de outros processos associados aos temas aqui estudados. Apesar destas limitações, a entrevista é uma das formas de conhecer e investigar as causas que são significativas na perspetiva dos participantes (Elliott, 2010). Consideramos que esta investigação vem reforçar a ideia da importância do *feedback* dos participantes em terapia, principalmente quando estamos a falar do *feedback* dos clientes ao terapeuta que ajuda a prevenir *drop-out* (Lambert, 2013), e, embora este *feedback* não seja diretamente com os terapeutas, os resultados apresentam informação que deve ser refletida pelos terapeutas, no sentido de ir ao encontro daquilo que é esperado em terapia. Por outro lado, a identificação das características pessoais do terapeuta reveladas como as mais importantes para o processo terapêutico, podem servir como agentes de reflexão no que diz respeito à seleção de especialistas.

Este trabalho foi motivado por um interesse profundo em saber, fundamentalmente, de que forma os aspetos positivos associados à terapia e orientados para o sucesso, influenciam na sua perceção de eficácia, contrapondo com aspetos mais negativos e orientados para a problemática. Esperamos assim, ter contribuído para o conhecimento destas temáticas no geral, mas, fundamentalmente, esperamos que este conhecimento proporcione reflexão nos profissionais desta área, contribuindo para uma prática clínica mais consciente e eficaz.

#### 4.4 Sugestões para a prática clínica e investigação

À medida que fomos obtendo os resultados, deparámo-nos com as diferenças entre clientes e terapeutas no que diz respeito às categorias que cada um mais enaltecia, e considerámos de suma importância apresentar este resultado num formato isolado, de forma a ajudar a prática clínica e a investigação futura, uma vez que mostra aos terapeutas aquilo que os clientes e outros terapeutas revelaram como mais importante durante o processo terapêutico, podendo assim ser uma ferramenta de extrema utilidade. Este resultado poderá ajudar, igualmente, em futuras investigações, onde estas dimensões poderão ser mais exploradas.

Iniciando com as categorias do primeiro tema, “**Os maiores contributos para o processo terapêutico**”, os terapeutas dão mais relevância ao aspeto Cuidar, dando importância à Empatia e ao Afeto (valorizando ligeiramente mais a Empatia), seguindo-se a Disponibilidade, o Profissionalismo e, finalmente, a Atitude Construtiva. No caso dos clientes, eles dão primazia à Atitude Construtiva, seguindo-se Cuidar e Profissionalismo com o mesmo peso onde, claramente, enfatizam mais o Afeto que a Empatia, e finalmente, a Disponibilidade. Estes resultados corroboram os estudos que mostram que o cliente enfatiza a componente

---

genuína, afetiva e humanista (Cordioli & Giglio, 2008; Lavik et al., 2018; Levitt et al., 2006; Levitt et al., 2016; MacFarlane, Anderson, & McClintock, 2017; Nilsson et al., 2007; Timulak, 2010; Timulak & McElvaney, 2013; Timulak et al., 2017), de apoio do terapeuta (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Bacharel, 1995; Bedi, 2006; Bedi & Duff, 2009; Bedi & Richards, 2011; Littauer et al., 2005; MacFarlane, Anderson, & McClintock, 2015; Mohr & Woodhouse, 2001) bem como da sua atitude encorajadora e afetiva (Bedi, 2006; Bedi et al., 2005; Bedi et al., 2005a; Bedi & Duff, 2014; Bedi & Richards, 2011; Del Re et al., 2012; Duff & Bedi, 2010; Timulak & McElvaney, 2013). Assim, no sentido de se estabelecerem boas alianças e promoverem bom sucesso terapêutico, consideramos importante passar aos terapeutas a informação de que, para os clientes, esta componente de apoio e afetiva é claramente importante, mas igualmente é a atitude encorajadora e construtiva, já que os terapeutas não têm esta consciência, pelo contrário, uma vez que a categoria Atitude Construtiva aparece em último lugar na sua nomeação. Ainda na componente afetiva, que significa o facto de sentir proximidade em relação ao outro, da capacidade de “gostar” do outro, é reforçar a importância de ponderar o encaminhamento para outro terapeuta.

No caso dos Momentos Altos (ou eventos significativos), observa-se que os terapeutas e clientes enfatizam, igualmente, a Identificação da Problemática Principal, ou seja, ambos têm consciência da necessidade em identificar aquilo que trouxe o cliente à consulta. No que diz respeito ao Reconhecimento da Evolução Terapêutica, já podemos afirmar ser uma categoria mais nomeada pelos clientes, ou seja, parece ser mais importante para os clientes tomarem consciência desta evolução. No fundo, será o reconhecimento de que os objetivos terapêuticos estão a ser alcançados. Este resultado denota a importância do reforço do terapeuta ao cliente, sempre que os objetivos terapêuticos sejam alcançados, e isto é corroborado pelos nossos resultados do 2º tema, através do *feedback* positivo orientado para o sucesso. Em relação à identificação dos três Desejos, podemos afirmar que os terapeutas enfatizam mais as Características Associadas ao Cliente quando comparados com os clientes, sendo este valor quase metade, o que parece significar uma maior consciência, por parte do terapeuta, da necessidade de mudança do cliente, e um locus de controlo mais externo, por parte do cliente, nesta fase inicial do processo. O cliente parece depositar muita confiança no terapeuta, mas parece esperar mais “trabalho” do mesmo que dele próprio. Talvez faça sentido sensibilizar o cliente, desde o início da terapia, para o seu papel ativo e fundamental para o processo de mudança terapêutica. No que diz respeito às Características Associadas ao Processo Terapêutico, é uma categoria mais nomeada por terapeutas que clientes, embora com uma diferença pouco relevante, o que pode significar que ambos têm consciência das necessidades de adesão ao processo. Uma vez que não são mencionadas características dos terapeutas a melhorar, podemos afirmar haver uma total confiança no trabalho dos mesmos, por parte de ambos, terapeutas e clientes.

No segundo tema, “**Impacto do *feedback* positivo orientado para o sucesso**”, quando falamos nas características comuns aos AF+ e RAC, os terapeutas dão mais importância ao reforço de comportamentos e à mudança, evolução e crescimento que proporcionam, já os clientes valorizam mais o bem-estar que lhes proporciona, o incentivo à mudança e sentirem-se validados. Relativamente às características que os diferem, os clientes e terapeutas estão em consenso relativamente à importância de estratégias alternativas mais eficazes, já em relação às outras categorias, os terapeutas dão mais importância ao fortalecimento dos clientes, e os clientes valorizam mais o orgulho que lhes é proporcionado, bem como o interesse e aceitação que é transmitido pelo terapeuta. Desta forma, não descurando todas as características que são relevantes para os terapeutas e embora eles valorizem o fortalecimento dos clientes, é do interesse para a prática clínica os terapeutas terem em atenção de que forma este fortalecimento é descrito pelos clientes: o aspeto incentivador e de bem-estar que é proporcionado com estas técnicas (RAC, AF+), por fazê-los sentirem-se validados, orgulhosos das suas conquistas e aceites pelo terapeuta, ou melhor ainda, que o terapeuta está mesmo interessado no seu bem-estar.

No terceiro, “**Impacto do *feedback* negativo, neutro e das respostas orientadas para a problemática**” quando falamos na importância que clientes e terapeutas dão às diferentes categorias, ROP, AF- e *Feedback* neutro, podemos concluir com os resultados mostram alguma disparidade naquilo que cada um valoriza, podendo isto ser interessante nos recados a dar à prática de clínica. Podemos assim observar que, relativamente às ROP, ambos enfatizam o aspeto de ajudar a gerir angústias, mas apenas os clientes dão importância à temática de mostrar interesse por parte do terapeuta e fomentar a partilha. Quanto aos AF-, ambos referem as categorias confronto e estimula questionamento e deve ser dito num formato construtivo, mas os terapeutas enfatizam-nas mais que os clientes, como se tivessem este cuidado a ter mais presente. Finalmente, em relação ao *Feedback* neutro, os terapeutas dão mais importância às temáticas menos valorizadas, seguindo-se promove reflexão e crescimento, e os clientes apenas enfatizam o aspeto de promover reflexão e crescimento. Podemos assim concluir que os resultados mostram que para as ROP parece existir uma igual consciência para terapeutas e clientes, no que diz respeito à função de gerir angústias, podendo revelar que ambos dão importância a esta característica do processo terapêutico, mas apenas os clientes enfatizam o interesse que parece devolver por parte do terapeuta, podendo mostrar a importância que os clientes dão à verdadeira disponibilidade dos terapeutas, ajudando na sua abertura e confiança. Quanto aos AF-, ambos enfatizam a característica de confronto construtivo, mas os terapeutas revelam ter mais esta consciência, e parece ser o reflexo do seu conhecimento teórico e experiência clínica, de que o confronto deve ser feito de uma forma muito cuidada, evitando ruturas na relação. No caso do *Feedback* neutro, os clientes apenas enfatizam a característica de promover maior reflexão, denotando assim o lado reflexivo da mesma, já os terapeutas enfatizam mais o aspeto protetor (usado para temáticas para as quais o cliente não está preparado ou não interessam para os objetivos terapêuticos) e

---



apenas um, concorda que ajuda na reflexão. Daqui surge uma problemática: para os terapeutas que consideram que é usado para temáticas menos valorizadas ou para as quais os clientes não estão preparados, estão a promover o contrário dos seus objetivos (o cliente vai refletir sobre um tema que não interessa ou não está preparado); para os outros que consideram que serve como reflexão, aí sim, parece que o seu objetivo é concretizado. Há que ter em consideração este risco e sugerimos mais investigação ou mais cuidado no seu uso.

No quarto, **“A eficácia da terapia, as causas para o seu sucesso e confiança e as (des)sintonias das percepções”**, é interessante notar que os clientes e os terapeutas pontuam as razões de forma diferentes, quer para o sucesso, como para a confiança. No caso do sucesso, a maioria dos clientes considera que estão mais próximos do sucesso máximo que do mediano, contrariamente aos terapeutas, onde apenas três são a favor desta afirmação. Relativamente a considerarem que houve uma boa evolução e AT, a maior parte dos terapeutas são a favor desta afirmação, contrariamente aos clientes, onde apenas dois concordam com a mesma. Em relação ao que seria necessário para que pudesse ter havido maior sucesso, há uma consciência maior por parte dos terapeutas de que os clientes deveriam ter uma maior disponibilidade, *insight* e maturidade, quando comparados com os clientes, onde apenas três concordam com esta afirmação. Tal como em resultados anteriores, colocamos a possibilidade de este ter a ver com o facto de os terapeutas terem mais consciência dos resultados da investigação, sabendo assim que as características dos clientes são fatores preditores do sucesso da terapia. Finalmente, mais de metade dos terapeutas consideram que seria necessário manter acompanhamento e aumentar a periodicidade para que o sucesso da terapia pudesse ser mais elevado, já no caso dos clientes o mesmo não acontece, o que, para estes últimos, denota uma ideia geral satisfatória com o sucesso alcançado. Em relação à confiança, todos os terapeutas e grande parte dos clientes, à exceção de um, consideram que houve boa adesão, empenho e motivação, o que denota uma confiança geral elevada, dedicação ao processo, e onde estão retratadas características dos clientes como maior *insight*, persistência, capacidade para tomar decisões mais acertadas, adaptativas e emocionalmente ajustadas e melhor flexibilidade perante as situações. Podemos ainda observar que apenas metade dos terapeutas consideram que houve uma boa adesão e AT, não tendo esta categoria sido nomeada por qualquer cliente. Relativamente ao que teria que acontecer para que pudessem confiar mais no futuro do processo terapêutico, a maior parte dos clientes não mencionam qualquer fator, à exceção de dois, o que denota uma elevada confiança no processo terapêutico, e metade dos terapeutas referem a necessidade de manter a terapia com assiduidade, reforçar as aprendizagens, bem como os clientes serem mais confiantes e disponíveis. Outro aspeto interessante nestes resultados, é o facto de os terapeutas terem atribuído as causas de sucesso e confiança às características dos clientes sem se mencionarem a eles próprios, como se considerassem que a eficácia terapêutica dependesse, fundamentalmente, das características dos clientes e da AT. A evidência empírica denota que, de facto, as características dos clientes e a AT são cruciais para a eficácia

da terapia, mas também se sabe que as características dos terapeutas são preditoras do sucesso, onde a “Pessoa” do terapeuta é fundamental. Assim, embora os terapeutas tenham consciências destas suas características, tendo isto sido corroborado pelos resultados do tema 1 desta investigação “O maior contributo para o processo terapêutico”, parece que ainda não lhes atribuem uma relação direta com a eficácia da terapia, para além da AT.

Com base nestes resultados, foi criada uma tabela que se encontra em anexo (vide anexo 35) onde estão refletidas as categorias e subcategorias dos temas principais deste estudo distribuídas pela sua importância, aos terapeutas e clientes. Neste sentido, sugerimos que futuras investigações avaliem a eficácia terapêutica por diáde, relacionando com as respetivas categorias e técnicas por cada uma usada, como forma de escrutínio das mais confiáveis, complementando assim a nossa análise quantitativa.

Igualmente, uma vez que a avaliação da eficácia terapêutica foi medida qualitativamente através da perceção de clientes e terapeutas, sugerimos que futuras investigações utilizem a aplicação de um questionário de avaliação de eficácia como complemento à recolha de dados, avaliando o processo de uma forma longitudinal (no início, após as 5 sessões e no término da terapia), completando assim os resultados de uma investigação mista. Da mesma forma, sugerimos a aplicação de uma escala que avalie o Florescimento e a AT, aplicadas no início do processo, depois da 5 sessão e no final do processo terapêutico.

Uma vez que esta amostra contemplou apenas terapeutas Breves e a investigação mostra que a aplicação do afeto difere nos benefícios para orientações diferentes, sugerimos uma amostra mais heterogênea, englobando diversos tipos de orientação. Igualmente, apenas contemplou o género feminino, sendo assim interessante utilizar uma amostra que contemple os dois géneros, de forma a avaliar se há diferenças nos resultados.

Nesta investigação foram adotados todos os passos para uma investigação qualitativa profunda e realizada com seriedade, no entanto, de forma a aprimorar a criatividade, reflexão e transparência dos participantes, sugerimos que as entrevistas lhes sejam devolvidas, permitindo uma melhor reflexão sobre as suas respostas, podendo assim melhorá-las ou completá-las, bem como, evitar o fenómeno do Conformismo tão estudado em Psicologia Social (Asch, 1952) que afirma existir uma distorção da perceção no indivíduo quando o mesmo se encontra em grupo, neste caso, no grupo da entrevista, entre a investigadora e o participante, originando assim conteúdos mais sólidos, mais complexos e mais abrangentes.

É curioso repararmos que todas as categorias associadas ao primeiro tema “**O melhor do processo terapêutico**” têm uma vertente humana associada, mais que uma vertente técnica, como se esta fosse o ingrediente fundamental para que se pudesse desenvolver a técnica, ou seja, dizendo respeito à “pessoa” do terapeuta. Da mesma forma, podemos afirmar que as categorias do segundo e terceiro tema, apelam, igualmente, às características pessoais dos terapeutas, mais que à técnica em si estudada. Por exemplo, a capacidade para

---

encorajar da RAC, parece dizer mais respeito a uma característica pessoal do terapeuta, que à técnica em sim. Assim, consideramos que seria interessante explorar, até que ponto as competências pessoais do terapeuta, para além daquelas que podem e devem ser treinadas em formação, não deveriam existir à priori fazendo parte do seu perfil, sendo assim necessário a criação de critérios de seleção para admissão na formação de psicoterapeutas nas diversas sociedades. Sugerimos assim, tal como na investigação já realizada e atrás mencionada (Anderson et al., 2016), a continuação do desenvolvimento deste tipo de estudos, como forma de aprimorar o conhecimento sobre a “Pessoa” do terapeuta, podendo assim contribuir para uma psicoterapia mais eficaz.

Uma vez que os resultados de eficácia e satisfação para RAC e RPC foram ao encontro dos resultados da investigação, onde o maior uso de RAC é percecionado como mais eficaz e satisfatório que o uso de RPC, mas os resultados individuais de cada uma das técnicas revelaram que apenas o uso baixo ou muito baixo era percecionado como eficaz, seria interessante observar se os rácios que se aplicam ao florescimento também se aplicam à capitalização, ou seja, se o uso em excesso de RAC e RPC pode perder a sua validade.

Ainda relativamente aos resultados do primeiro tema, **“O maior contributo para o processo terapêutico”** olhando para a forma como as díades se apresentam no que diz respeito às características principais e valores de sucesso e confiança, podemos concluir que a díade E não contempla as categorias Profissionalismo e Afeto, e tem os níveis de sucesso e confiança mais baixos, quando comparada com as outras díades. Embora não se possa identificar um padrão nas restantes díades, este resultado faz-nos colocar assim a possibilidade de o sucesso e confiança baixos poderem estar associados à falta destas categorias, devendo isto ser uma questão a investigar no futuro.

Alargar o leque de competências avaliadas poderá, igualmente, ajudar a entender os processos que estão por detrás de alianças terapêuticas fortes. Neste sentido, e uma vez que o comportamento não verbal não foi controlado nesta investigação, sugerimos que investigações futuras o possam incluir, de forma a complementar os conteúdos verbais.

Finalmente, e uma vez que este estudo pode ser considerado um estudo piloto, sugerimos uma criação de uma amostra probabilística, de forma a se poder realizar uma análise quantitativa e qualitativa mais profunda e alargada, sendo assim possível obter resultados generalizáveis, iniciando o caminho para o estudo real destas dimensões aqui avaliadas.



## REFERÊNCIAS

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33.
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counselling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257.
- Alexandrova, A. (2005). Subjective well-being and Kahneman's 'objective happiness'. *Journal of Happiness Studies, 6*, 301–324. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-7694-x>
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologias da investigação em psicologia e educação* (2ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologias da investigação em psicologia e educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologias da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echávarri, O., Vilches, O., Pérez C. (2010). Clients', therapists' and observers' agreement on the amount, temporal location and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research, 20*, 472–487.
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*(5), 511–529.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 57–66.
- Andreychik, M. R., & Migliaccio, N. (2015). Empathizing with Others' Pain Versus Empathizing With Others' Joy: Examining the Separability of Positive and Negative Empathy and Their Relation to Different Types of Social Behaviours and Social Emotions. *Basic and Applied Social Psychology, 37*(5), 274–291.
- Anik, L., Aknin, L.B., Dunn, E. W., Norton, M. I., & Quoidbach, J. (2013). Prosocial Bonuses Increase Employee Satisfaction and Team Performance." *PLoS ONE 8*, no. 9: 1–8.
- Antonovsky, A. (1987). The Jossey-Bass social and Behavioral science series and the Jossey-Bass health series. Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

- 
- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., & Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 81, pp. 627–638. <https://doi.org/10.1037/a0031530>
- Asch, S. (1952). *Social psychology*. New York: Prentice Hall.
- Aviezer, H., Trope, Y., & Todorov, A. (2012). Body Cues, Not Facial Expressions, Discriminate Between Intense Positive and Negative Emotions. *Science*, 338(6111), 1225 LP – 1229.
- Babcock J.C., Gottman J.M., Ryan KD, & Gottman J.S. (2013). A component analysis of a brief psycho-educational couples' workshop: one-year follow- up results. *Journal of Family Therapy*, 35: 252-280.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 323-337.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 42(3), 323-337.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20:118–135.
- Bailer, C., Tomitch, L., & D'Ely, R. C. S. (2011). O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. intercâmbio. *Revista do programa de estudos pós-graduados em linguística aplicada e estudos da linguagem*. ISSN 2237-759X, 24(0).
- Baldwin, S., & Imel, Z. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods. In *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 258–297).
- Baldwin, S., Wampold, B., & Imel, Z. (2007). Untangling the Alliance-Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). *Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Barrett-Lennard, G. T. (1986). The psychotherapeutic process: A research handbook. In *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1987-97275-012&site=eds-live>
-

- Batson, C. D., Duncan, B. D., Ackerman, P., Buckley, T., & Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(2), 290-302.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Bedi, R. P. (2006). Concept mapping the client's perspective on counselling alliance formation. *Journal of Counselling Psychology*, 53(1), 26-35.
- Bedi, R. P., Cook, M., & Domene, J. (2012). The University Student Perspective on Factors that Hinder the Counselling Alliance. *College Student Journal*, 46, 350-362.
- Bedi, R.P., Davis, M.D., & Arvay, M.A. (2005). The client's perspective on counselling alliance formation and implications for research on counsellor training. *Canadian Journal of Counselling*, 39, 71-85.
- Bedi, R.P., Davis, M.D., & Williams, M. (2005a). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 311-323.
- Bedi, R.P., & Duff, C.T. (2009). Prevalence of counselling alliance type preferences across two samples. *Canadian Journal of Counselling*, 43, 150-164.
- Bedi, R.P., & Duff, C. T. (2014). Client as expert: A Delphi poll of clients' subjective experience of therapeutic alliance formation variables. *Counselling Psychology Quarterly*, 1, 1-18.
- Bedi, R. P., & Richards, M. (2011). What a man wants: The male perspective on therapeutic alliance formation. *Psychotherapy*, 48, 381-390.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Bermis, J. M. (2008). Emotional responsiveness, intimacy and capitalization attempts in intimate relationships: A dyadic assessment. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Minnesota., 2008.
- Beutler, L.E., & Machado, P.P. (1992). Research in psychotherapy. In M. R. Rosenzweig (Eds.), *Research in psychology: An international survey*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist effects. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5, 227-306.
- Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 99-108.



- Binder, P. E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. S. (2009). Why Did I Change When I Went to Therapy: A Qualitative Analysis of Former Patients' Conceptions of Successful Psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9, 250-256.
- Biswas-Diener, R. (2009). Personal Coaching as a Positive Intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 544-553.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(3), 363–377.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 363–377.
- Blatt, B., Lelacheur, S. F., Galinsky, A. D., Simmens, S. J., & Greenberg, L. (2010). Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Academic Medicine*, 85(9), 1445–1452.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., Davis S. D. (2007). Is Who Delivers the Treatment More Important than the Treatment Itself? The Role of The Therapist in Common Factors. In *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317.
- Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2008). Does happiness promote career success? *Journal of Career Assessment*, 16, 101–116.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. (1997). *Empathy Reconsidered-New directions in psychotherapy* (pp. 125-140). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients as active self-healers: Implications for the person-centred approach. In M. Cooper, J. C. Watson, & D. Holldampf (Eds.), *Person-centred and experiential therapies work* (pp. 91–131). Ross-on-Wye, United Kingdom: PCCS Books.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219-257). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 119.

- Bordin E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic.)* 16, 252–260
- Bosman, A. J., Snik, A. F. M., Mylanus, E. A. M., Hol, M., & Cremers, C. W. R. J. (2018). Nijmegen Bone Anchored Hearing Aids Nijmegen experiences Baha patients - Nijmegen Age Distribution (at implantation) Boneconduction Conventional boneconductor Free-field air- and bone conduction thresholds Problem. *Percutaneous implants Osseointegrat.* 19(3), 1–26.
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, (101), 21-34.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gómez, M. A., Herrero, O., & Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18(5), 535–542.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1. Attachment. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol. 3: Loss, sadness and depression. London: Pimlico.
- Brady, H., & Collier, D. (2010). *Rethinking Social Inquiry: Diverse Tools*. Shared Standards.
- Brandão, C. (2015). P. Bazeley and K. Jackson, Qualitative Data Analysis with NVivo (2nd ed.). *Qualitative Research in Psychology*, 12(4), 492–494.
- Brown, N. J. L., Sokal, A. D., & Friedman, H. L. (2013). The complex dynamics of wishful thinking: The critical positivity ratio. <https://doi.org/10.1037/a0032850>
- Bucci, W. (2007) Pesquisa sobre processo. In E. S. Person, A. M. Cooper & G. O. Gabbard. (Eds.). *Compêndio de Psicanálise* (pp. 320-336). Porto Alegre: Artmed.
- Bucholtz, M. (2000). The politics of transcription. *Journal of Pragmatics*, 32(10), 1439–1465.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. S. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da adult attachment scale-r (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186.
- Carmeli, A., Brueller, D., & Dutton, J. E. (2009). Learning behaviours in the workplace: The role of high-quality interpersonal relationships and psychological safety. *Systems Research & Behavioral Science*, 26(1), 81–98.
- Castonguay L. G., & Beutler L. E. (2006). Principles of therapeutic change: a Task Force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631–638.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382.

- 
- Catalino, L. I., Algoe, S. B., & Fredrickson, B. L. (2015). "Prioritizing positivity: An effective approach to pursuing happiness": Correction to Catalino, Algoe, & Fredrickson (2014). *Emotion*, 15(2), 175–175.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Chilelli, K. B., & Enéas, M. L. E. (2000) Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. *Boletim de Iniciação Científica de Psicologia*, 1 (1), 47- 52.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coghlan, A.T., Preskill, H., & Catsambas, T.T. (2003). An Overview of Appreciative Inquiry in Evaluation. In H. Preskill, & A.T. Coghlan (Eds.), *Using Appreciative Inquiry in Evaluation*. New Directions for Evaluation, 100, 5-22.
- Cohen, A., Smith, S. M., & Reis, H. T. (2009). *Is my parent happy for me? Capitalization and the parent-child relationship*. Unpublished Honor's Thesis, University of Rochester.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. *Counseling Based on Process Research: Applying What We Know*, (June), 81–131.
- Cooperrider, D. L. (1990). Positive image, positive action: The affirmative basis of organizing. In S. Srivastva, & D.L. Cooperrider (Eds.), *Appreciative management and leadership* (pp.91-125). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cooperrider, D. L. (2004). Introduction to Advances in Appreciative Inquiry. *Constructive Discourse and Human Organization*, Vol: 1 Oxford Elsevier Science.
- Cooperrider, D. L. (2018). A Time for Action: Appreciative Inquiry, Positive Peace and the Making of a Nobel Nomination. *AI Practitioner*, 20(1), 7–18. <https://doi.org/10.12781/978-1-907549-34-2-2>
- Cooperrider, D. L., & Srivastva, S. (1987). Appreciative Inquiry in organizational life. *Research in Organizational Change and Development*, 1, 129-170.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2000). A positive revolution in change: Appreciative inquiry. In D.L. Cooperrider, P.F. Sorenson, D. Whitney, & T.F. Yeager (Eds.), *Appreciative Inquiry* (pp.3-28). Champaign, IL: Stipes Publishing.
-

- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative Inquiry: A positive revolution in change*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Cooperrider, D. L., Whitney, D., & Stavros, J.M. (2003). *Appreciative Inquiry Handbook*. Bedford Heights, Ohio: Lakeshore Publishers.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapêutica: Historia, investigación y evaluación [The therapeutic alliance: History, research and assessment]. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Cordioli, A. V., Calich, J., & Fleck, M. (1989). Aliança terapêutica: uma revisão de conceito. In C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de Orientação Analítica: Teoria e Prática* (pp. 226-236). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cordioli, A. V., & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias psicoterápicas. Em: A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp.42-57). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Corrêa, A., Ribeiro, E., Pinto, D., & Teixeira, A. S. (2016). Therapeutic Collaboration and Significant Events to the Client's change: A Systematic Review. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(1), 49–60. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=114122097&site=eds-live>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Creswell, J. W. (2012). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (4th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J.W., & Clark, V.L. (2011) *Designing and Conducting Mixed Methods* Crits-Christoph, P. & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20–26.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(3), 268–281.

- 
- Cummings, A. L., Martin, J., Hallberg, E., & Slemon, A. (1992). Memory for therapeutic events, session effectiveness, and working alliance in short-term counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39(3), 306-312.
- Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. (14ª Ed). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Daniel, S.I.F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968-984.
- Davoodvandi, M., Nejad, S. N., & Farzad, V. (2018). Examining the effectiveness of Gottman couple therapy on improving marital adjustment and couples' intimacy. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13(2), 136–142.
- De Roten, Y., Darwish, J., Stern, D. J., Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). Nonverbal communication and alliance in therapy: The body formation coding system. *Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 425–438.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Della Porta, D., & Keating, M. J. (Eds.) (2008). *Approaches and Methodologies in the Social Sciences: A Pluralist Perspective*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Delton, A. W., & Robertson, T. E. (2016). How the mind makes welfare tradeoffs: Evolution, computation, and emotion. *Current Opinion in Psychology*, 7, 12–16.
- Denzin, N. and Lincoln, Y. (2000) The Discipline and Practice of Qualitative Research. In: Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S., Eds., *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks, pp. 1-32.
- Depraz, N. (2005). A ética relacional: uma prática de ressonância interpessoal. *Revista do Departamento de Psicologia. UFF*, 17(2), 19-34.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81–84.
- Domingues, A. E., & Serralta, F. B. (2005). O uso do gravador na psicoterapia de orientação psicanalítica: o ponto de vista do psicoterapeuta. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 7(2-3), 169-182
- Donavan, L.L., Meyer, S.R., & Fitzgerald, S.P. (2007). *Transformative learning and appreciative inquiry*. Academy of Management Proceedings, Philadelphia.
-

- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146–163.
- Dourdouma, A., & Mörtl, K. (2012). The creative journey of grounded theory analysis: A guide to its principles and applications. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15, 96–106.
- Duff, C. T., & Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(1), 91–110.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.). (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) Washington, DC: APA Press.
- Dunn, D. S., & Brody, C. (2008). Defining the good life following acquired physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 413–425.
- Dunn, D. S., Elliott, T. R., & Uswatte, G. (2009). Happiness, resilience and positive growth following disability: Issues for understanding, research, and therapeutic intervention. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 651–664). New York: Oxford University Press.
- Dutton, J., & Heaphy, E. (2003). The Power of High Quality Connections. In: Cameron, K. and Dutton, J., Eds., *Positive Organizational Scholarship: Foundations of a New Discipline*, Berrett-Koehler Publishers, 262–278.
- Dunn, D. S., Uswatte, G., & Elliott, T. R. (2012). Happiness, Resilience, and Positive Growth Following Physical Disability: Issues for Understanding, Research, and Therapeutic Intervention. *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, (2 Ed.), (May 2014).
- Eagle, M., & Wolitzky, D. L. (2009). Adult psychotherapy from the perspectives of attachment theory and psychoanalysis. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 351–378). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Edmondson, A. C. (2004). Psychological Safety, Trust, and Learning in Organizations: A Group-Level Lens. In R. M. Kramer & K. S. Cook (Eds.), *The Russell Sage Foundation series on trust. Trust and distrust in organizations: Dilemmas and approaches* (pp. 239–272). New York, NY, US: Russell Sage Foundation.
- Edwards, J. R., & Cooper, C. L. (1988). The impacts of positive psychological states on physical health: A review and theoretical framework. *Social Science & Medicine*, 27, 1447–1459.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviours. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91–119.
-

- 
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R., & McKay, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24(1), 52–66.
- Elkin, C., Giuggiola, A., Rigling, A., & Bugmann, H. (2015). Short- and long-term efficacy of forest thinning to mitigate drought impacts in mountain forests in the European Alps. *Ecological Applications*, 25(4), 1083–1098.
- Elliot, A. J., & Reis, H. T. (2003). Attachment and exploration in adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 317–331.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307–322.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal process recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process* (pp. 503–527). New York: Guilford Press
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135.
- Elliott, R., Fischer C.T., Rennie D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *Br. J. Clin. Psychology*, 38(3):215–229.
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443–467.
- Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Sage focus editions*, Vol. 143. *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 163–186). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Emmerling, M. E., & Whelton, W. L. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 687–698. Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy (pp. 125–140).
- Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Etchegoyen, R. H. (1989). *Fundamentos da teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Etchegoyen, R. H. (2001). Algumas reflexões sobre a história da técnica psicanalítica. *Psicanálise: Revista da sociedade brasileira de psicanálise de Porto Alegre*, 3(1), 175–198.
- Evertson, C. M., & Green, J.L. (1986). Observation as inquiry and method. In M. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on teaching*, 162 - 230. New York: MacMillan.
-

- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*(5), 319-324. <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>
- Farate, C. (2012). *Psicanálise com limites, psicanálise ilimitada*. Lisboa: Fenda Edições.
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy, 48*(1), 58-64.
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy, 55*(4), 411-423.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics, 74*(1), 26-30.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review, 19*(2), 113-147.
- Feeney, B. C., & Lemay, E. P. (2012). Surviving Relationship Threats: The Role of Emotional Capital. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*(8), 1004-1017.
- Feldman, R. (2015). *Introdução à Psicologia*. MacGraw Hill, 10ª edição
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research, 15*, 69-80.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., & Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research, 16*(4), 486-498.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., Gamberg, S., & Blake, E. (2009). Client relationship incidents in early therapy: Doorways to collaborative engagement. *Psychotherapy Research, 19*(6), 654-665.
- Fitzsimons, G. M., Finkel, E. J., & VanDellen, M. R. (2015). Transactive goal dynamics. *Psychological Review, 122*(4), 648-673.
- Fivecoat, H. C., Tomlinson, J. M., Aron, A., & Caprariello, P. A. (2015). Partner support for individual self-expansion opportunities: Effects on relationship satisfaction in long-term couples. *Journal of Social and Personal Relationships, 32*(3), 368-385.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome: pensar o sofrimento*. Ed.Porto: Afrontamento.
- Fleming, M. (2006). Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in the patient's experience. *International Forum of Psychoanalysis, 15*(4), 195-200.
- Flick, U. (2007). *The Sage qualitative research kit. Designing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*. Advance online publication.



- 
- Ford, B. Q., Mauss, I. B., & Gruber, J. (2015). Valuing happiness is associated with bipolar disorder. *Emotion, 15*(2), 211-222.
- Ford, B. Q., Shallcross, A. J., Mauss, I. B., Floerke, V. A., & Gruber, J. (2014). Desperately seeking happiness: Valuing happiness is associated with symptoms and diagnosis of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 33*(10), 890–905.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25*(3), 350-361.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3 ed.). Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press
- Frankel, Z., & Levitt, H. M. (2009). Clients' experiences of disengaged moments in psychotherapy: A grounded theory analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 39*(3), 171-186.
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? Review of general psychology. *Journal of Division 1, of the American Psychological Association, 2*(3), 300–319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist, 56*, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2002). Positive emotions. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive psychology* (pp.120-134). London: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions - The emerging science of positive psychology in coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist, 91*.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. Crown Publishers, New York.
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive Emotions Broaden and Build. In P. Devine, & A. Plant (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 1-53). Vol. 47, Burlington: Academic Press.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & emotion, 19*(3), 313–332.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*(5), 1045-1062.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive Emotions Trigger Upward Spirals Toward Emotional Well-Being. *Psychological Science, 13*, 172–175.
-

- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2018). Reflections on Positive Emotions and Upward Spirals. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 194–199.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. (2013). Correction to Fredrickson and Losada (2005). *American Psychologist*, 68, 822.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *The American psychologist*, 60(7), 678–686.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R., Branigan, C., & Tugade, M. (2000). The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motivation and emotion*, 24, 237–258.
- Fuertes, J. N., & Williams, E. N. (2017). Client-focused psychotherapy research. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 369–375.
- Furlong, P., & Marsh, D. (2010). A Skin Not a Sweater: Ontology and Epistemology in Political Science. *Theory and Methods in Political Science*.
- Gable, S. L., Anderson, J. F. (2016). Capitalization: The good news about close relationships. In Knee, C. R., Reis, H. T. (Eds.), *Positive approaches to optimal relationship development* (pp. 103-123). New York, NY: Cambridge University Press.
- Gable, S., Gonzaga, G., & Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Social Support for Positive Events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 904-917.
- Gable, S., Gosnell, C., Maisel, N., & Strachman, A. (2012). Safely Testing the Alarm: Close Others' Responses to Personal Positive Events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103.
- Gable, S., & Reis, H.T. (2001). Appetitive and aversive social interaction. In J. Harvey & A. Wenzel (Eds.), *Close romantic relationships: Maintenance and enhancement* (pp. 169-194). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gable, S., & Reis, H.T. (2006). Intimacy and the self: An iterative model of the self and close relationships. In P. Noller and J. Feeney (Eds.) *Close Relationships: Functions Forms, and Processes*. (pp. 211-225) Psychology Press.
- Gable, S., & Reis, H. T. (2010). Good news! Capitalizing on positive events in an interpersonal context. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 42, pp. 195-257). Academic Press.
- Gable, S., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 228–245.
- Gallagher, W. (1992). Works in Progress. *The Sciences*, 32(4), 12–15. <https://doi.org/10.1002/j.2326-1951.1992.tb02399.x>

- Gelso, C. J., Williams, E. N., & Fretz, B. R. (2014). *Counseling psychology* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gentzler, A. L., Palmer, C. A., & Ramsey, M. A. (2016). Savoring with intent: Investigating types of and motives for responses to positive events. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 17(3), 937-958. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-015-9625-9>
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O Inquérito – Teoria e Prática* (3ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gibbs, G.R. (2007). *Thematic Coding and Categorizing, Analyzing Qualitative Data*. SAGE Publications Ltd., London.
- Glaser, B. G. (1998). *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Mill Valley, CA, USA: Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gleitman, H., & Silva, D. R. (2002). *Psicologia* (5ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. XXII, 1253 p. ISBN 972-31-0817-8
- Goldkuhl, G., & Cronholm, S. (2018). Reflection/Commentary on a Past Article: “Adding Theoretical Grounding to Grounded Theory: Toward Multi-Grounded Theory”. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1).
- Gomes, F.G., Ceitlin, L.H., Hauck, S., & Terra, L. (2008). A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria*, 30, 109-114.
- Gottman, J. (1994). *What Predicts Divorce: The Relationship Between Marital Processes and Marital Outcomes*. New York: Lawrence Earlbaum.
- Gottman, J. (2017). The Natural Principles of Love. *Journal of Family Theory & Review*; 9: 7–26.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19.
- Greenberg, L. & Elliott, R. (1999). Varieties of Empathic Responding. In A. Bohart & L. Greenberg (Eds) *Empathy Reconsidered-New directions in psychotherapy* (pp. 167- 186). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1–2), 133–144.

- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders, 138*(3), 301–312.
- Helm, J. L., Sbarra, D. A., & Ferrer, E. (2014). Coregulation of respiratory sinus arrhythmia in adult romantic partners. *Emotion, 14*(3), 522–531.
- Henretty, J., Levitt, H., & Mathews, S. (2008). Clients' experiences of moments of sadness in psychotherapy: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 18*, 243–255.
- Henricksen, A. & Stephens, C. (2012). The Happiness-Enhancing Activities and Positive Practices Inventory (HAPPI): Development and Validation. *Journal of Happiness Studies, 14*.
- Hershenberg, R., Mavandadi, S., Baddeley, J., & Libet, J. (2016). Capitalization in distressed couples: A pilot study and outline for future research. *Personal Relationships, 23*.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Vol 83*(2), 145–159.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*, 13–29.
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy, 50*, 68–76.
- Hilsenroth, M., & Cromer, T. (2007). Clinician Interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 44*, 205–18.
- Hodgetts, A., & Wright, J. (2007). Researching clients' experiences: a review of qualitative studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 157–163.
- Holt-Lunstad, J., & Smith, T. (2012). Social Relationships and Mortality. *Social and Personality Psychology Compass, 6*.
- Honda, G. C., & Yoshida, E. M. P. (2012). Mudança em pacientes de clínica-escola: Avaliação de resultados e processos. *Paidéia (Ribeirão Preto), 22*(51), 73–82.
- Horenstein, D., Houston, B. K., & Holmes, D. S. (1973). Clients', therapists', and judges' evaluations of psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 20*(2), 149–153.
- Horvath, A. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 365–372.
- Horvath, A. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research, 15*, 3–7.
-

- 
- Horvath, A. (2013). You can't step into the same river twice, but you can stub your toes on the same rock: Psychotherapy outcome from a 50-year perspective. *Psychotherapy*, 50, 25-32.
- Horvath, A., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 25-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Huppert F. A., Baylis N., Keverne B., Fredrickson B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359, 1367-78.
- Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The common factors of psychotherapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counselling psychology* (4th ed.). New York: Wiley.
- Isen, A. M. (1999). Positive affect. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 521-539). New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.
- Isgett, S. F., Kok, B. E., Baczkowski, B. M., Algoe, S. B., Grewen, K. M., & Fredrickson, B. L. (2017). Influences of oxytocin and respiratory sinus arrhythmia on emotions and social behavior in daily life. *Emotion*, 17(8), 1156-1165.
- Jensen, K., & Kelley, J. M. (2016). The therapeutic relationship in psychological and physical treatments, and their placebo controls. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 132-145.
- Kashdan, T. B., Farmer, A. S., Adams, L. M., Ferssizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlek, J. B. (2013). Distinguishing healthy adults from people with social anxiety disorder: Evidence for the value of experiential avoidance and positive emotions in everyday social interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 645-655.
- Kazdin A. E., (2009) Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19:4-5, 418-428.
- Kenrick, D. T., Maner, J. K., & Li, N. P. (2005). Evolutionary social psychology. In D. M. Buss (Ed.), *Handbook of evolutionary psychology* (pp. 803-827). New York, NY: Wiley.
-

- Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83–136.
- Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well lived*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Fredrickson, B. L. (2013). How Positive Emotions Build Physical Health: Perceived Positive Social Connections Account for the Upward Spiral Between Positive Emotions and Vagal Tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123–1132.
- Kolden, G., Klein, M., Wang, C., & Austin, S. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy*, 48(1), 65-71.
- Kolden, G. G., Wang, C. C., Austin, S. B., Chang, Y., & Klein, M. H. (2018). Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 424-433.
- Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept [Una Deconstrucción de la Alianza Terapéutica: Reflexiones sobre las Dimensiones Subyacentes del Concepto]. *Clínica y Salud*, 22(3), 267-283.
- Kurtz, L. E., & Algoe, S. B. (2015). Putting laughter in context: Shared laughter as behavioral indicator of relationship well-being. *Personal Relationships*, 22(4), 573–590.
- Labott, S. M., Ahleman, S., Wolever, M. E., & Martin, R. B. (1990). The physiological and psychological effects of the expression and inhibition of emotion. *Behavioral Medicine*, 16(4), 182-189.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469–485.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY, US: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-5
- Lambert, M. J. (2015). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (6th Edition, pp. 139-193). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.

- 
- Lambert, M.J., Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (2004). Overview, trends, and future directions. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin & Garfield's *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. (pp. 805-821). New York: Wiley.
- Lambert, N. M., Gwinn, A. M., Baumeister, R. F., Strachman, A., Washburn, I. J., Gable, S. L., & Fincham, F. D. (2012). A boost of positive affect: The perks of sharing positive experiences. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(1), 24–43.
- Lambert, M. J., & Ogles, B.M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin & Garfield's *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. (pp. 805-821). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72-79.
- Langston, C. A. (1994). Capitalizing on and coping with daily-life events: Expressive responses to positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1112-1125.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy*, 51, 467-481.
- Laurenceau, J., Barrett, L., & Pietromonaco, P. (1998). Intimacy as an Interpersonal Process: The Importance of Self-Disclosure, Partner Disclosure, and Perceived Partner Responsiveness in Interpersonal Exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1238–1251.
- Lavik, K. O., Frøysa, H., Brattebø, K. F., McLeod, J., & Moltu, C. (2018). The first sessions of psychotherapy: A qualitative meta-analysis of alliance formation processes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(3), 348–366.
- Leal, I. (2000). *Gostar de quem não gosta de nós - e outras crónicas*. ed. 1. Lisboa: Areia Branca.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica. Técnica, Teoria e Clínica*. Ed. 1. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2018). *Psicoterapias*. ed. 1, ISBN: 978-989-693-075-2. Lisboa: Pactor.
- Leary, M. (2010). Affiliation, Acceptance, and Belonging: The Pursuit of Interpersonal Connection. In *Handbook of social psychology* (Vol. 2). <https://doi.org/10.1002/9780470561119.socpsy002024>
- Leijssen, M. (2006). Validation of the Body in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology - J HUM PSYCHOL*, 46, 126–146.
- Lemay, E. P., Clark, M. S., & Feeney, B. C. (2007). Projection of responsiveness to needs and the construction of satisfying communal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 834–853.
- Levitt, H. M. (2015). Qualitative Psychotherapy Research: The Journey So Far and Future Directions Major Developments: How Far We Have Come. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52(1), 31–37.
-

- Levitt, H. M. (2016). Qualitative approaches. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & B. O. Olatunji (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Volume II. Clinical psychology: Theory and research* (pp. 335–348). Washington, DC: American Psychological Association.
- Levitt, H. M., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 314–324.
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801–830.
- Levitt, H. M., & Rennie, D. L. (2004). Narrative activity: Clients' and therapists' intentions in the process of narration. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 247–262). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: Principles for fostering awareness while maintaining the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 10, 337–352.
- Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T., & Horta, B. L. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola* (pp. 229–246). Campinas: Alínea.
- Lindgren, O., Folkesson, P., & Almqvist, K. (2010). On the importance of the therapist in psychotherapy: A summary of current research (S. Mehler, Trans.). *International Forum of Psychoanalysis*, 19(4), 224–229.
- Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature reviews. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 85–101.
- Littauer, H., Sexton, H., & Wynn, R. (2005). Qualities clients wish for in their therapists. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 28–31.
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D. A., Hardy, O., & Firth-Cozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 105–114.
- Logan, J. M., & Cobb, R. J. (2013). Trajectories of relationship satisfaction: Independent contributions of capitalization and support perceptions. *Personal Relationships*, 20(2), 277–293.
- Losada, M. (1999). The complex dynamics of high performance teams. *Mathematical and Computer Modeling*, 30, 179–192.
- Losada, M., & Heaphy, E. (2004). The role of positivity and connectivity in the performance of business teams: A nonlinear dynamics model. *American Behavioral Scientist*, 47, 740–765.
-



- 
- Love, M., & Farber, B. A. (2017). Let's not talk about sex. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1489–1498;
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, Lester & Rosenthal, Robert & Diguer, Louis & P. Andrusyna, Tomasz & Berman, Jeffrey & T. Levitt, Jill & A. Seligman, David & D. Krause, Elizabeth. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well—Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 9. 2 - 12.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M., & Schkade, D. (2005a). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- MacFarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2015). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy*, 52(3), 363-372.
- MacFarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2017). Empathy from the client's perspective: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 27(2), 227–238.
- Mackey, A., & Gass, S. M. (2005). *Second language research: Methodology and design*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, 8(4), 325-337.
- Mahmoudi, M., Zahrakar K., Amirian A., Davarnia R., Babaee Garmakhan, M. (2015). Effectiveness of group training of practical application of intimate communicate skills on promoting intimate satisfaction, positive emotions and marital intimacy among couples (In Persian). *Journal of Department of Nursery and Midwifery of Urmia*; 13: 869-881.
- Maisel, N. C., Gable, S. L., & Strachman, A. (2008). Responsive behaviours in good times and in bad. *Personal Relationships*, 15(3), 317-338.
- Major, B. C., Le Nguyen, K. D., Lundberg, K. B., & Fredrickson, B. L. (2018). Well-Being Correlates of Perceived Positivity Resonance: Evidence from Trait and Episode-Level Assessments. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44(12), 1631–1647.
- Manne S. L., Ostroff J., Rini C., Fox K., Goldstein L., & Grana G. (2004). The interpersonal process model of intimacy: The role of self-disclosure, partner disclosure and partner responsiveness in interactions between breast cancer patients and their partners. *Journal of Family Psychology*. 18:589– 599.
-

- Marcolino, J. A. M., & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78–86.
- Marujo, H.A., Neto, L.M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia Positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento organizacional e gestão*, vol. 13, n.º 1, 115-136.
- Mauss, I. B., Tamir, M., Anderson, C. L., & Savino, N. S. (2011). Can Seeking Happiness Make People Unhappy? Paradoxical Effects of Valuing Happiness. *Emotion*, 11(4), 807–815.
- McCann, T. & Clark, E. (2003). ‘Grounded theory in nursing research: part 1 - methodology’. *Nurse researcher*, 11(2). pp. 7-18.
- McElvaney J., Timulak L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in ‘good’ and ‘poor’ outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Couns. Psychother. Res.*, 13 (4), pp. 246-253.
- McLeod, J. (2011). Qualitative Research in *Counselling and Psychotherapy* / J. McLeod.
- McLeod, J. (2013). Qualitative research: methods and contributions. In M.J. Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edn (pp. 49-84), New York: Wiley
- McLeod, S. (2018). Skinner – operant conditioning. *Simply Psychology*. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/operant-conditioning.html>
- McNamee, S. (2003). Appreciative Evaluation within a Conflicted Educational Context. In *Using Appreciative Inquiry in Evaluation*. Hallie Preskill, Anne T. Coghlan (eds.). New Directions for Evaluation, 100.
- McVea, C., Gow, K., & Lowe, R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21, 416–429.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.577823>
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25.
- Michener, H. A., DeLamater, J. D., & Myers, D. J. (2005). *Psicologia Social*. São Paulo: Thomson
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in Adulthood, Structure, Dynamics and Change*. New York: The Guilford Press.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- 
- Mohr, J. J., & Woodhouse, S. S. (2001). Looking inside the therapeutic alliance: Assessing clients' visions of helpful and harmful psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 36(3), 15–16.
- Moore, C. (1991). Book Review: The Carl Rogers reader. *South African Journal of Psychology*, 21(2), 126–128.
- Moreira, P., Gonçalves, G., & Beutler, L.E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento – o melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48–76.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260.
- Mörtl, K., & Wietersheim, J. Von. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. *Psychotherapy Research*, 18(3), 281–293.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working alliance inventory-short revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(3), 231–239.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2010). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Murray, S. L., Holmes, J. G., & Collins, N. L. (2006). Optimizing assurance: The risk regulation system in relationships. *Psychological Bulletin*, 132(5), 641–666.
- Niedenthal, P. M., Mermillod, M., Maringer, M., & Hess, U. (2010). The Simulation of Smiles (SIMS) model: Embodied simulation and the meaning of facial expression. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(6), 417–433.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive behavioural therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553–566.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 483–495.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2015). Patient and Therapist Perspectives on Alliance Development: Therapists' Practice Experiences as Predictors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 317–327.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627–646.
-

- Norcross, J. C. (2001). Empirically supported therapy relationships: Summary report of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy*, 38(4), entire issue.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Ed. New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 48.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, Vol. 55, pp. 303–315.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work : Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness* (Vol. Third edition). Oxford: Oxford University Press. Retrieved from
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for super shrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361–373.
- Oliver, D. G., Serovich, J. M., & Mason, T. L. (2005). Constraints and Opportunities with Interview Transcription: Towards Reflection in Qualitative Research. *Social forces; a scientific medium of social study and interpretation*, 84(2), 1273–1289. doi:10.1353/sof.2006.0023
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307–391). New York: Wiley
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 210-215.  
<http://dx.doi.org/10.1097/00006842-200103000-00003>
- Otto, A. K., Laurenceau, J. P., Siegel, S. D., & Belcher, A. J. (2015). Capitalizing on everyday positive events uniquely predicts daily intimacy and well-being in couples coping with breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 29, 69 –79. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000042>
- Pagani, A. F., Donato, S., Parise, M., Iafrate, R., Bertoni, A., & Schoebi, D. (2015). When good things happen: Explicit capitalization attempts of positive events promote intimate partners' daily well-being. *Family Science*, 6(1), 119–128.
- Page, K. M., & Vella-Brodrick, D. A. (2013). The working for wellness program: RCT of an employee well-being intervention. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 14(3), 1007-1031.

- 
- Paludo, S., Koller, S. (2007). Psicologia Positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, vol. 27 (36), 9-20.
- Parks, A. C., & Biswas-Diener, R. (2013). Positive interventions: Past, present, and future. In T. B. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *The Context Press mindfulness and acceptance practica series. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 140-165). Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications.
- Pearson, M. R., & Bulsara, C. (2016). Therapists 'experiences of alliance formation in short-term counselling. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 18, 75-92.
- Pelham, B. W., & Swann, W. B. (1989). From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 672-680.
- Penna, A.G. (1997). *Repensando a Psicologia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Peters, B. J., Reis, H. T., & Gable, S. L. (2018). Making the good even better: A review and theoretical model of interpersonal capitalization. *Social and Personality Psychology Compass*, 12(7), 1-19.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439-445.
- Piepgross, B. D., Ozer, M., Herstatt, P. C., Kfm, D., Lettl, C., Collaboration, S., Zainal, Z. (2013). The Genius in Enduring Success: 1% Inspiration, 99% Perspiration. *Journal of Cleaner Production*, 35(01), 1-13.
- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58, 77-87.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counselling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counselling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does Positive Affect Influence Health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Psychotherapy*, 49(4), 445-449.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2005) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.
- Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 1-8.
-

- Reis, H. T., Clark, M. S., & Holmes, J. G. (2004). Perceived Partner Responsiveness as an Organizing Construct in the Study of Intimacy and Closeness. In D. J. Mashek & A. P. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 201-225). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Reis, H. T., Smith, S. M., Carmichael, C. L., Caprariello, P. A., Tsai, F. F., Rodrigues, A., & Maniaci, M. R. (2010). Are you happy for me? How sharing positive events with others provides personal and interpersonal benefits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(2), 311–329.
- Rennie, D. L. (2004). Reflexivity and Person-centred Counselling. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(2), 182-203.
- Rennie, D. L. (2006). The community's contribution to science learning: Making it count. *Boosting Science Learning - What Will It Take?*, 6–11.
- Rennie, D. L. (2012). Qualitative research as methodical hermeneutics. *Psychological Methods*, 17(3), 385-398.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(2), 139-150.
- Richards, L. (2009). *Handling qualitative data: A practical guide* (2nd ed.). London: Sage Publications, Inc.
- Richards, M., & Bedi, R. P. (2015). Gaining perspective: How men describe incidents damaging the therapeutic alliance. *Psychology of Men and Masculinity*, 16(2), 170–182.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rimé, B. (2007). The Social Sharing of Emotion as an Interface Between Individual and Collective Processes in the Construction of Emotional Climates. *Journal of Social Issues*, 63(2), 307–322.
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.  
<http://www.shoreline.edu/dchris/psych236/Documents/Rogers.pdf>.
- Rogers, C. (1992). *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rosenthal, H. (2003). *Human services dictionary*. Paperback. Brunner-Routledge Jan 24 2003 Edition: ISBN: 9781583913741
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rusbult, C. E., Kumashiro, M., Kubacka, K. E., & Finkel, E. J. (2009). "The part of me that you bring out": Ideal similarity and the Michelangelo phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(1), 61-82.

- 
- Russell, R. L., & Orlinsky, D. E. (1996). Psychotherapy research in historical perspective: Implications for mental health care policy: The Contribution of psychotherapy and pharmacotherapy research to national mental healthcare. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 708-715.
- Rustoen, T., & Hanestad, B.R. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 19-27.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Salinas, P. H., González, O. F., Jacob, M. K., Álvarez, O. V., Valdes, N., & Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: Propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169-179.
- Santibáñez-Fernández, P. M., Román Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Schegloff, E. A. (1997). Whose text? Whose context?. *Discourse and Society*, 8(2), 165-187.
- Schooler, J. W., Ariely, D., & Loewenstein, G. (2004). The explicit pursuit and assessment of happiness can be self-defeating. *The Psychology of Economic Decisions*, Vol. 1, (February), 41-72.
- Schueller, S. M., Kashdan, T. B., & Parks, A. C., (2014). Synthesizing positive psychological interventions: Suggestions for conducting and interpreting meta-analyses. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 91-98.
- Schwandt, T. A. (2006). Interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed. p. 193-217.
- Seale, G. S., Berges, I. M., Ottenbacher, K. J., & Ostir, G. V. (2010). Change in Positive Emotion and Recovery of Functional Status Following Stroke. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 33-39.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive psychology* (pp.3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2003). Foreword: The past and future of positive psychology. In C.L.M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well lived* (pp.11-20). Washington DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. (2008). *Felicidade autêntica - Os princípios da psicologia positiva* (Editora Pergaminho SA, trad.). Nova Iorque: Free Press (2004).
-

- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192.
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, M. L. T., Eizirik, C. L., & Oslen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral progress. *Psychotherapy Research*, 20(5), 564-575.
- Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A., & Tømmerås, E. (2005). Building an alliance: Early therapy process and the client-therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15, 103-116.
- Shapiro, A. F., Gottman J., & Fink B. C. (2015). Short term change in couples' conflict following a transition to parenthood intervention. *Couple Family Psychol*; 4: 239-251.30.
- Sharf, J., Primavera, L. & Diener, M. (2010). Dropout and Therapeutic Alliance: A Meta-Analysis of Adult Individual Psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 1-13.
- Shorey, R. C., & Lakey, B. (2011). Perceived and capitalization support are substantially similar: Implications for social support theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37, 1068-1079.
- Silva, M., Barcellos, E., Sanchez, L., Steibel, D., Fernandes, P., Campezzato, P., Geremia, L., & Klarmann, R. (2014). Registros de sessão terapêutica: relato, gravação ou transcrição? considerações sobre as diferenças entre os registros. *Psicologia Clínica*, 26(2), 121-138.
- Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research A Practical Handbook Fourth Edition*. Sage. ISBN 978-1446260159
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Skinner, B. F. (1951). How to teach animals. *Scientific American*, 185(6), 26-29.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behaviour*. Oxford, England: Macmillan.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD John Hopkins University Press.
- Smith-Hansen, L., Constantino, M. J., Piselli, A., & Remen, A. L. (2011). Preliminary results of a video-assisted psychotherapist workshop in alliance strategies. *Psychotherapy*, 48(2), 148-162.



- 
- Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (2ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. Possíveis contributos da perspectiva fenomenológico existencial. *Análise Psicológica*, 43(3) 373-382.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston, INC.
- Stephens, G. J., Silbert, L. J., & Hasson, U. (2010). Speaker-listener neural coupling underlies successful communication. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(32), 14425–14430.
- Step toe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive Affect and Psychobiological Processes Relevant to Health. *Journal of Personality*, 77, 1747–1776.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86–91.
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 44-62). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458.
- Stirman, Shannon & Crits-Christoph, Paul. (2011). Psychotherapy Research: Implications for Optimal Therapist Personality, Training, and Development. On *Becoming a Psychotherapist: The Personal and Professional Journey*.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Suzuki, J. Y., & Farber, B. A. (2016). Toward greater specificity of the concept of positive regard. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 15(4), 263-284.
- Swift, J. K., & Greenberg, R.P. (2015). *Premature Termination in Psychotherapy: Strategies for Engaging Clients and Improving Outcomes*. Washington, DC: APA Books.
- Swift, J. K., & Parkin SR. (2017) The client as the expert in psychotherapy: What clinicians and researchers can learn about treatment processes and outcomes from psychotherapy clients. *Journal of Clinical Psychology*, 00, 1–3.
-

- Tasfiliz, D., Selcuk, E., Gunaydin, G., Slatcher, R. B., Corriero, E. F., & Ong, A. D. (2018). Patterns of perceived partner responsiveness and well-being in Japan and the United States. *Journal of Family Psychology, 32*(3), 355–365.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Taylor, S. E. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: The mobilization-minimization hypothesis. *Psychological Bulletin, 110*(1), 67-85. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.67>
- Thorndike, E. L. (1898). Animal intelligence: An experimental study of the associative processes in animals. *The Psychological Review: Monograph Supplements, 2*(4), i-109. <http://dx.doi.org/10.1037/h0092987>
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17*, 310-320.
- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly, 23*(4), 371-386.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology, 73*(11), 1556–1567.
- Timulak, L., & McElvaney, R. (2013). Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly, 26*(2), 131-150.
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy, 54*(4), 361–366.
- Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies, 7*, 183-225.
- Tracey, T. J., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D., & Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Journal of Counselling Psychology, 13*, 401– 413.
- Tuckman, B.W. (2000) - *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tugade, M., and Fredrickson, B. L. (2004). *Resilient Individuals Use Positive Emotions*. NIH Public Access, 86(2), 320–333.
- Urwin, C. (2006). Exploring the unexpected: Transference phenomena in a research setting. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications, 9*(2), 165-177

- 
- Vachon, D. O., Susman, M., Wynne, M. E., Birringer, J., Olshefsky, L., & Cox, K. (1995). Reasons therapists give for refusing to participate in psychotherapy process research. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 380-382.
- Vasco, A. B. (2001). Fundamentos para um modelo integrativo de complementaridade paradigmática. *Psicologia, XV*(2), 219-226
- Vasco, A. B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: Variedade e integração. *Psicológica, 40*, 11-36.
- Vasco, A. B. (2013). Sinto e Penso, logo Existo!: Abordagem Integrativa das Emoções. *Psilogos, 11*(1), 37-44.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 200 –208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). Counseling and psychotherapy. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Warner, M. (1999). *Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing, and personal narrative*. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.). Washington, DC: American Psychological Association
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 98*(2), 219-235.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). 'Conditioned emotional reaction', *Journal of Experimental Psychology* 3, 1-14
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research, 24*(3), 286-298. Watson, J., & Geller, S. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*, 25-33.
-

- Watson, V., Cooper, M., McArthur, K., & McLeod, J. (2012). Helpful therapeutic processes: Client activities, therapist activities and helpful effects. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 14, 77-89
- Waugh, C. E., & Fredrickson, B.L. (2006). Nice to know you: Positive emotions, self-other overlap, and complex understanding in the formation of a new relationship. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 93-106.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/ competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018912>
- Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically supported complexity: Rethinking evidence-based practice. in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 266-271.
- Wilcox, B. P., Newman B. D., Brandes D., Davenport, D. W., & Reid K. (1997). Runoff from a semiarid ponderosa pine hillslope in New Mexico, *Water Resour. Res.*, 33(10), 2301 – 2314.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.
- Wolpe, J. (1964). Behaviour therapy in complex neurotic states. *The British Journal of Psychiatry*, 110(464), 28-34.
- Wong, K., & Pos, A. E. (2014). Interpersonal processes affecting early alliance formation in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 24(1), 1-11.
- Wood, A. M. & Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829.
- Yalof, B. (2014). Marshaling Resources: A Classic Grounded Theory Study of Online Learners. *The Grounded Theory Review*, 13(1), 16-29.
- Yoshida, E. M. P. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(2), 115-127.
- Zevon, M. A., & Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(1), 111-122.
- Zimmerman, D. E. (2000). Enquadre (setting) grupal. In D. E. Zimmerman (Ed.), *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2 ed., pp. 144-151). Porto Alegre: Artmed Editora.

## APÊNDICES

APÊNDICE A. *Consentimento Informado Comissão de Ética do HPM*

Visto  
O Chefe de Clínica  
(Médica Psiquiatra)  
C.P. N.º YYY

C/C  
Exm.º Sr. Diretor HMP



HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL  
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

Exm.º Sr. Presidente da Comissão de Ética

Em virtude do meu Doutoramento aprovado em Novembro/2009 pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Ex.ª Sr.ª Professora Doutora Helena Águeda Marujo, com o tema “Análise da Comunicação Terapeuta-Cliente: Usando as Lentes da Psicologia Positiva” tendo iniciado em Abril/2010, venho por este meio solicitar a Vossa Ex.ª, autorização para fazer a recolha da amostra no Serviço de Psiquiatria deste Hospital.

Para tal, é necessária uma amostra num valor total aproximado de 40 sessões, sendo o N composto por 2 doentes de cada 4 terapeutas, cada um com uma análise de 5 sessões. Os terapeutas serão informados acerca do tema em análise, e convidados a participar de uma forma voluntária, com a assinatura do respetivo Consentimento Informado. Os doentes serão devidamente informados pelos respetivos terapeutas, à medida que se dirigirem às consultas externas de Psicologia, podendo de uma forma voluntária participar, ou desistir aquando da recolha dos dados.

A recolha da amostra baseia-se na gravação áudio de 5 sessões de 2 doentes adultos que iniciem consulta externa de apoio psicoterapêutico, independentemente da psicopatologia que os traz à consulta. Como forma de garantir o anonimato dos terapeutas e respetivos utentes, as sessões serão gravadas através de um dispositivo de hardware específico, cabendo a cada terapeuta identificar-se a si a ao utente através de um código. Os dados que nos forem facultados são confidenciais e anónimos, destinando-se apenas a tratamento estatístico.

Para vossa apreciação, junto anexo Projeto Doutoramento aprovado, estando ao dispor para qualquer esclarecimento de dúvidas.

Sem outro assunto,

(Ana Mafalda do Rêgo Barreto de Almeida Bruno)

## APÊNDICE B. *Consentimento Informado Serviço de Psiquiatria do HMP*

A/C

Chefe de Clínica do Serviço de Psiquiatria  
Ex.ª. Sr.ª Dr.ª XXX



**HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL**

**SERVIÇO DE PSIQUIATRIA**

**Assunto:** Pedido de Consentimento Informado para recolha de amostra neste Serviço

Venho por este meio solicitar a Vossa Ex.ª que me seja concedida autorização para recolha de uma amostra no Serviço de Psiquiatria deste Hospital, no âmbito de uma Tese de Doutoramento a decorrer durante os próximos três anos, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob a orientação da Ex.ª. Sr.ª. Prof. Doutora Helena Águeda Marujo, com o tema “Análise da Comunicação Terapeuta-Cliente: Usando as Lentes da Psicologia Positiva”.

Para tal, é necessária uma amostra num valor total aproximado de 40 sessões, sendo o N composto por 2 clientes de cada 4 terapeutas, cada um com uma análise de 5 sessões. Os terapeutas serão informados acerca do tema em análise, e convidados a participar de uma forma voluntária, com a assinatura do respetivo Consentimento Informado. Os sujeitos serão devidamente informados pelos respetivos terapeutas, à medida que se dirigirem às consultas externas de Psicologia, podendo de uma forma voluntária participar, ou desistir aquando da recolha dos dados.

A recolha da amostra baseia-se na gravação áudio de 5 sessões de 2 utentes adultos que iniciem consulta externa de apoio psicoterapêutico, independentemente da psicopatologia que os traz à consulta. Como forma de garantir o anonimato dos terapeutas e respetivos utentes, as sessões serão gravadas através de um dispositivo de hardware específico, cabendo a cada terapeuta identificar-se a si a ao utente através de um código. Os dados que nos forem facultados são confidenciais e anónimos, destinando-se apenas a tratamento estatístico.

Para vossa apreciação, junto entrego o projeto da investigação, onde poderá ter acesso a todos os procedimentos utilizados para o realizar, solicitando desde já, a confidencialidade dos dados perante os psicoterapeutas, uma vez que o conhecimento total deste projeto poderia induzir o tipo de consulta, enviesando os resultados e comprometendo a veracidade dos mesmos.

Sem outro assunto,

(Ana Mafalda do Rêgo Barreto de Almeida Bruno)

Autorizo a recolha da amostra (nome por extenso) \_\_\_\_\_

-----

(assinatura)

APÊNDICE C . *Consentimento Informado Terapeutas e Clientes*HOSPITAL MILITAR PRINCIPALSERVICO DE PSIQUIATRIA**Consentimento Informado Terapeutas e Clientes****Caro(a) Participante,**

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para uma investigação científica que tem como objetivo avaliar a **Comunicação Terapeuta-Cliente**, no âmbito da **Psicologia Positiva**.

Os dados que nos forem facultados são confidenciais e anónimos, destinando-se apenas a tratamento estatístico. A recolha da amostra baseia-se na gravação áudio de 5 sessões de 2 utentes adultos que iniciem consulta externa de apoio psicoterapêutico, independentemente da psicopatologia que os traz à consulta. Como forma de garantir o anonimato dos terapeutas e respetivos utentes, as sessões serão gravadas através de um dispositivo de hardware específico, cabendo a cada terapeuta identificar-se a si e ao utente através de um código. Os dados que nos forem facultados são confidenciais e anónimos, destinando-se apenas a tratamento estatístico.

Para que possa participar neste estudo, é necessário que nos dê a sua autorização.

Mesmo após a sua autorização, a participação é voluntária, podendo em qualquer altura a abandonar, caso achar mais conveniente.

**Agradecemos desde já a sua colaboração.**

Sem outro assunto,

(Ana Mafalda do Rêgo Barreto de Almeida Bruno)

Eu, \_\_\_\_\_ Estou disposto a colaborar nesta investigação, a realizar neste Hospital.

-----  
(assinatura)



## APÊNDICE D. Operacionalização e controlo das sessões por terapeuta



**HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL**

**SERVICO DE PSIQUIATRIA**

### Operacionalização da gravação de sessões

1 – **Será atribuído um código** da pasta do gravador (A, B, C, D) pelas 4 Terapeutas, ficando esta confidencial e inacessível entre as mesmas.

2- Este **código atribuído** servirá até ao final das gravações (5 sessões por cada 2 clientes – Total 10 sessões), tendo que o selecionar previamente antes de cada sessão.

3 – **No dia da primeira consulta com cada um dos dois clientes**, encaminham cada um deles para a investigadora, no sentido de lhes ser comunicado o teor da investigação e, caso aceitem participar, poderem assinar o respetivo **Consentimento Informado**.

4 – **Antes de cada Sessão** (No máximo 5):

- Confirmar se o volume do gravador está no máximo
- Colocar o gravador entre o terapeuta e o cliente
- Selecionar o código respetivo que lhe foi atribuído no ponto 1, através do botão *folder/index/scene*.
- Premir botão *Rec*
- Verbalizar “Cliente 1” ou “Cliente 2”, sendo este sempre o mesmo para as 5 sessões.
- Verbalizar para o gravador o número de sessão correspondente (p.e.: “Sessão número 2”).
- Dar início à sessão
- Quando terminar, verbalizar “Sessão x terminada”, sendo x o número de sessão correspondente.
- Premir botão *Stop*
- Devolver o gravador à investigadora, ou à próxima terapeuta a usá-lo.

5 – Registrar a data da respetiva sessão, na tabela de **Monitorização de Sessões**.

6 – **Antes do dia da 5 sessão**, avisar a investigadora que se aproxima a data das entrevistas de forma a agendar as mesmas, para a cliente e para a terapeuta.

### Monitorização das primeiras 5 sessões

Código Cliente 1	Sessão 1 / /	Sessão 2 / /	Sessão 3 / /	Sessão 4 / /	Sessão 5 / /
Código Cliente 2	Sessão 1 / /	Sessão 2 / /	Sessão 3 / /	Sessão 4 / /	Sessão 5 / /

### Monitorização das sessões de *Follow-Up* (4 meses máximo)

Cliente 1

Sessão 6 / /	Sessão 7 / /	Sessão 8 / /	Sessão 9 / /	Sessão 10 / /	Sessão 11 / /	Sessão 12 / /
Sessão 13 / /	Sessão 14 / /	Sessão 15 / /	Sessão 16 / /	Sessão 17 / /	Sessão 18 / /	Sessão 19 / /
Sessão 20 / /	Sessão 21 / /	Sessão 22 / /	Sessão 23 / /	Sessão 24 / /	Sessão 25 / /	Sessão 26 / /
Sessão 27 / /	Sessão 28 / /	Sessão 29 / /	Sessão 30 / /	Sessão 31 / /	Sessão 32 / /	Sessão 33 / /

Cliente 2

Sessão 6 / /	Sessão 7 / /	Sessão 8 / /	Sessão 9 / /	Sessão 10 / /	Sessão 11 / /	Sessão 12 / /
Sessão 13 / /	Sessão 14 / /	Sessão 15 / /	Sessão 16 / /	Sessão 17 / /	Sessão 18 / /	Sessão 19 / /
Sessão 20 / /	Sessão 21 / /	Sessão 22 / /	Sessão 23 / /	Sessão 24 / /	Sessão 25 / /	Sessão 26 / /
Sessão 27 / /	Sessão 28 / /	Sessão 29 / /	Sessão 30 / /	Sessão 31 / /	Sessão 32 / /	Sessão 33 / /

**Nota:** Registrar as datas de cada sessão. Quando terminar o processo terapêutico, entregar a folha à investigadora e informar o seu término.  
Caso perdure mais de 4 meses, entregar a folha e informar a sua continuidade.

Agradeço a vossa colaboração,

(Mafalda Almeida Bruno)

APÊNDICE E . *Dados sociodemográficos dos clientes*

**DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS CLIENTE**

**Sexo:**

- 1 Masculino
- 2 Feminino

**Idade:**

\_\_\_\_ anos

**Estado Civil:**

- 1 Solteiro
- 2 Casado/União de facto
- 3 Divorciado/Separado
- 4 Viúvo

**Habilitações Literárias:**

- 1 Primária
- 2 Secundária
- 3 Licenciatura
- 4 Mestrado
- 5 Doutoramento

**Profissão:**

- 0 Não Trabalha
- 1 Técnico Superior
- 2 Técnico/Administrativo
- 3 Operário
- 4 Reformado
- 5 Desempregado

**Dados Clínicos**

Já fez Psicoterapia (S/N)? \_\_\_\_

Se Sim,

Quanto tempo (Semanas/Meses/Anos)?

\_\_\_\_  
Com que periodicidade  
(Semanal/Quinzenal/Mensal/Outra)?

\_\_\_\_  
Que tipo de orientação teve  
(Breve/Psicanálise/Comportamental e Cognitiva/Outra)?

\_\_\_\_  
Quantos psicoterapeutas já teve? \_\_\_\_

O que o levou a recorrer a esta ajuda?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Já tinha feito psicoterapia com este(a) Terapeuta?  
\_\_\_\_ (S/N)

APÊNDICE F. *Dados sociodemográficos dos terapeutas***DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS TERAPEUTA**

Sexo:

- 1 Masculino
- 2 Feminino

Idade:

\_\_\_\_ anos

Estado Civil:

- 1 Solteiro
- 2 Casado/União de facto
- 3 Divorciado/Separado
- 4 Viúvo

**Dados Clínicos**

Há quantos anos exerce Psicoterapia? \_\_\_\_

Em quantas Instituições exerce esta profissão? \_\_\_\_

Pública (S/N) \_\_ Privada (S/N) \_\_

Em média, quantos pacientes vê por semana? \_\_\_\_

Refira três patologias mais frequentes? \_\_\_\_\_

---

APÊNDICE G. *Entrevista Terapeutas*

**ENTREVISTA DIRIGIDA AO TERAPEUTA (Após 5 sessões)**

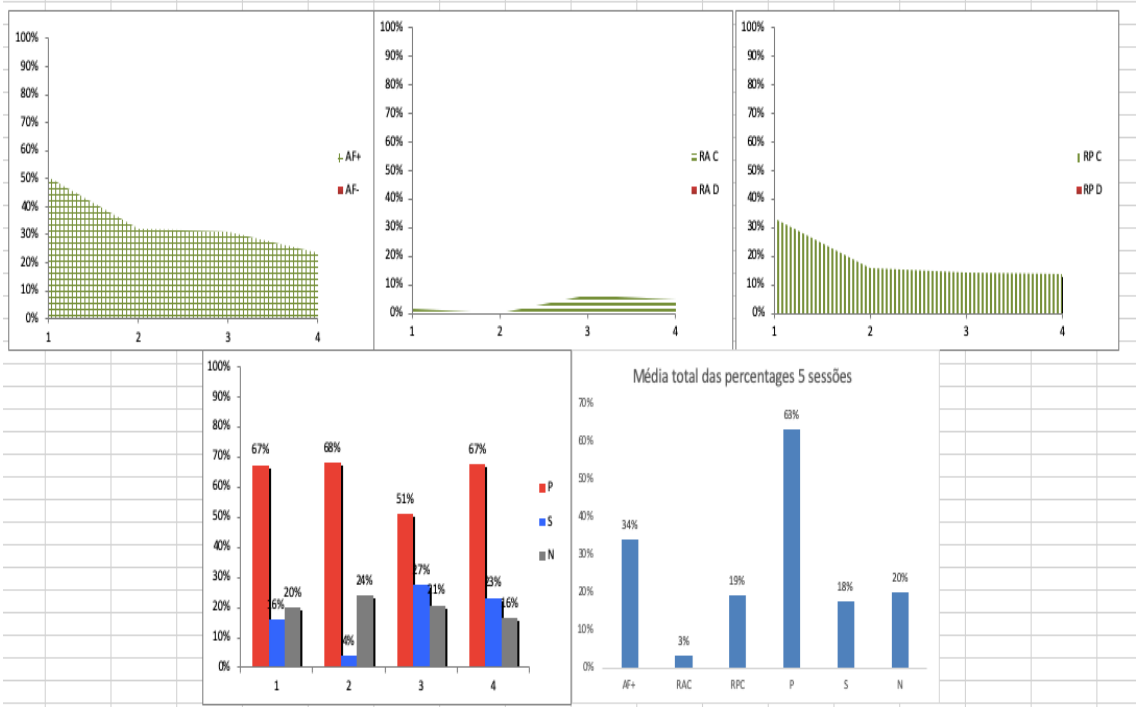
- 1 – Considera-se satisfeito com a evolução do processo, tendo em consideração o fator temporal (5 sessões)?
  - 2 – E relativamente à evolução terapêutica e melhorias no problema do cliente, sente-se satisfeito com as mesmas?
  - 3 – De que forma considera importante para a evolução terapêutica, a comunicação centrada no positivo e nos sucessos? (Por exemplo: “Isso é ótimo! Estou muito orgulhosa dos seus avanços!”).
  - 4 – De que forma considera importante para a evolução terapêutica a Comunicação Centrada na Problemática, insucessos e dificuldades? (Por exemplo: “Sei que sofreu bastante com essa situação. Quer falar disso?”).
  - 5 – Pense numa frase positiva dita por si (Por exemplo: atos de apoio, encorajamento e apreciação). Como terapeuta, que impacto acha que terá em geral nos clientes? E se essa frase for negativa (Por exemplo: atos de desaprovação, sarcasmo e ceticismo)? E se for neutra?
  - 6 – Em termos percentuais, quanto tempo acha que dedicou a falar de problemas e quanto tempo a falar de sucessos?
  - 7 – Numa escala que varia de 1 a 10 (1- Sem Sucesso, 10 – Máximo Sucesso), como avaliaria o sucesso do processo terapêutico até agora?
    - 7.1 – Porque não escolheu o número imediatamente abaixo?
    - 7.2 - O que teria que acontecer para subir meio ponto?
  - 8 – Numa escala que varia de 1 a 10 (1- Sem Confiança, 10 – Máxima Confiança), quanto é que confia que este processo terapêutico vai ser bem-sucedido?
    - 8.1 – Porque não escolheu o número imediatamente abaixo?
    - 8.2 - O que teria que acontecer para subir meio ponto?
  - 9 – Numa visão global do processo terapêutico até agora (5 sessões), pode identificar um momento alto?
  - 10 – O que considera que tem colocado de melhor de si (virtudes, qualidades, forças pessoais ou profissionais) para o processo funcionar?
  - 11 – Se este processo pudesse ser visto por alguém de fora, o que considera que essa pessoa apontaria como o(s) fator(es) que mais contribuíram para o sucesso do trabalho realizado?
  - 12 – Se pudesse pedir três desejos, o que pediria para o futuro do processo terapêutico com este seu cliente?
  - 13 – Se alguém lhe perguntasse se este tipo de intervenção terapêutica é útil e funciona, o que diria?
-

APÊNDICE H. *Entrevista Clientes***ENTREVISTA DIRIGIDA AO CLIENTE (Após 5 sessões)**

- 1 – Considera-se satisfeito com a evolução do processo, tendo em consideração o fator temporal (5 sessões)?
  - 2 – E relativamente à evolução terapêutica e à resolução do problema que o trouxe à terapia, sente-se satisfeito? De que forma?
  - 3 – De que forma considera importante para a evolução terapêutica, a comunicação centrada no positivo e nos sucessos? (Por exemplo: “Isso é ótimo! Estou muito orgulhosa dos seus avanços!”).
  - 4 – De que forma considera importante para a evolução terapêutica a comunicação centrada nos problemas, insucessos e dificuldades? (Por exemplo: “Sei que sofreu bastante com essa situação. Quer falar disso?”).
  - 5 – Pense numa frase positiva dita pelo terapeuta (Por exemplo: atos de apoio, encorajamento e apreciação). Como terapeuta, que impacto acha que terá em geral nos clientes? E se essa frase for negativa (Por exemplo: atos de desaprovação, sarcasmo e ceticismo)? E se for neutra?
  - 6 – Em termos percentuais, quanto tempo acha que foi dedicado a falar de problemas e quanto tempo acha que falaram dos seus sucessos?
  - 7 – Numa escala que varia de 1 a 10 (1- Sem Sucesso, 10 – Máximo Sucesso), como avaliaria o sucesso do processo terapêutico até agora?
    - 7.1 – Porque não escolheu o número imediatamente abaixo?
    - 7.2 - O que teria que acontecer para subir meio ponto?
  - 8 – Numa escala que varia de 1 a 10 (1- Sem Confiança, 10 – Máxima Confiança), quanto é que confia que este processo terapêutico vai ser bem-sucedido?
    - 8.1 – Porque não escolheu o número imediatamente abaixo?
    - 8.2 - O que teria que acontecer para subir meio ponto?
  - 9 – Numa visão global do processo terapêutico até agora (5 sessões), pode identificar um momento alto?
  - 10 – O que considera que tem colocado de melhor em si (virtudes, qualidades, forças pessoais ou profissionais) para o processo funcionar?
  - 11 – Se este processo pudesse ser visto por alguém de fora, o que considera que essa pessoa apontaria como os fatores que mais contribuíram para o sucesso do trabalho realizado?
  - 12 – Se pudesse pedir três desejos para o futuro do processo terapêutico, o que pediria?
  - 13 – Se alguém lhe perguntasse se este tipo de intervenção terapêutica é útil e funciona, o que diria?
-

## ANEXOS

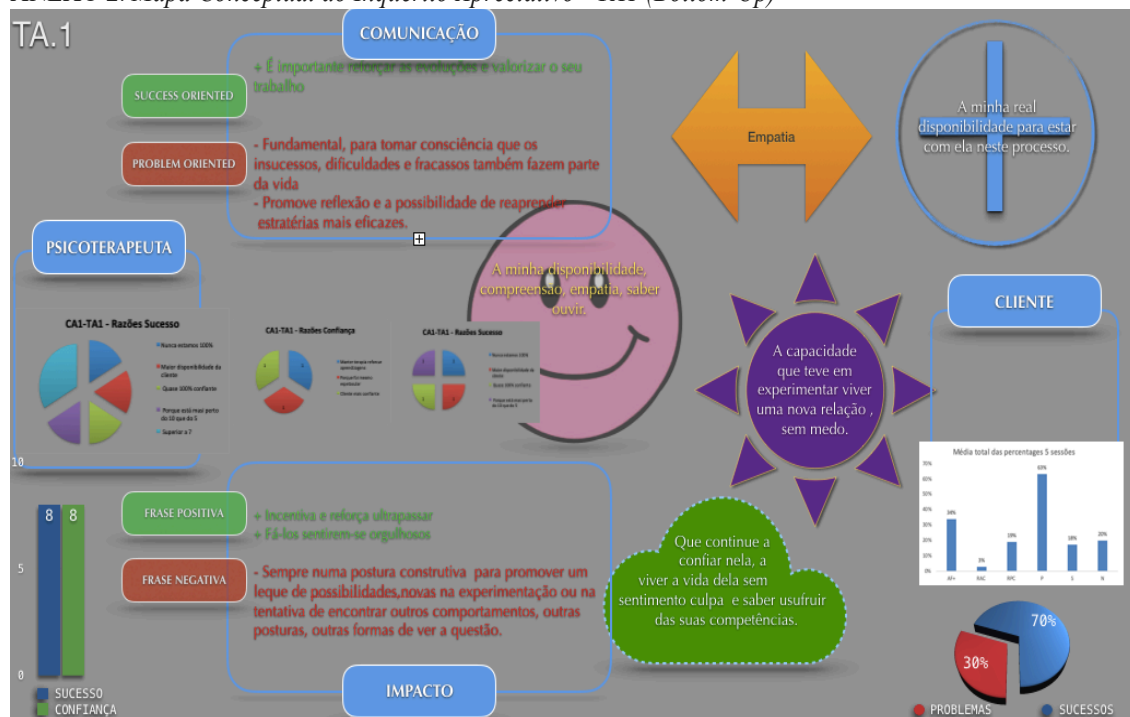
ANEXO 1. Resultado longitudinal das 5 sessões – Diade A



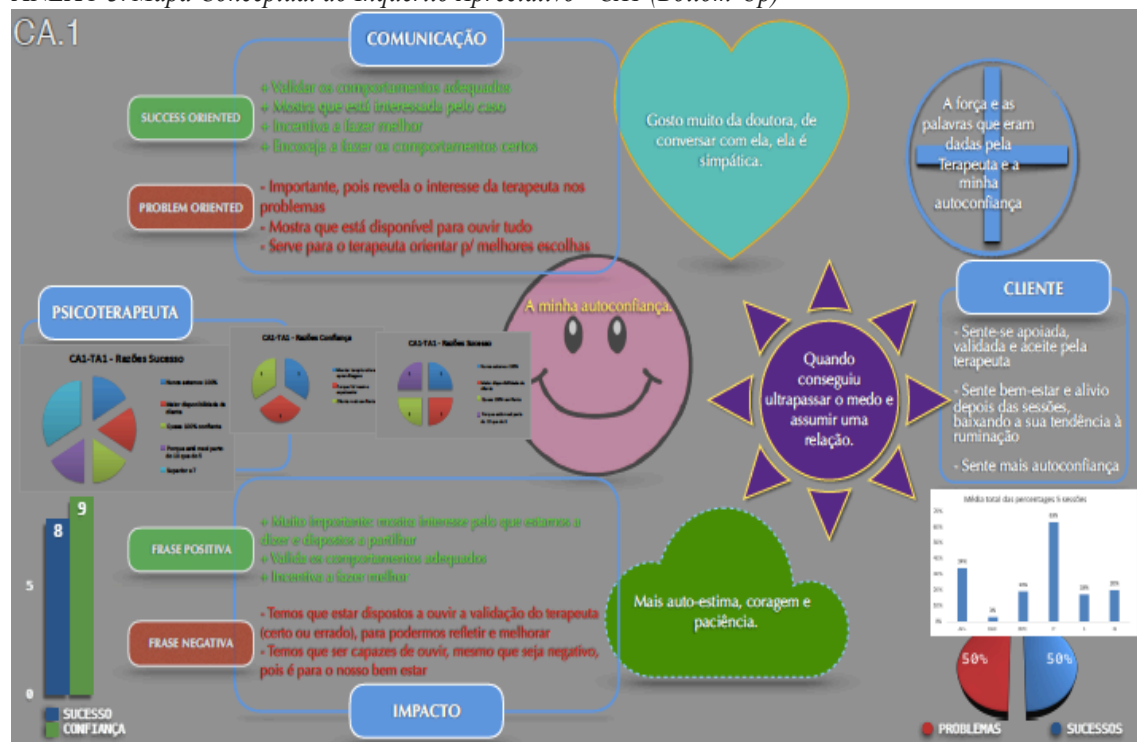


## ANEXO 2. Mapa Conceptual do Inquérito Appreciativo - TAI (Bottom-Up)

TA.1



## ANEXO 3. Mapa Conceptual do Inquérito Appreciativo - CA1 (Bottom-Up)



## ANEXO 4. Descrição de mapa conceptual diade A (Top-Down)

### ENTREVISTA TERAPEUTA (TA1) - CLIENTE (CA1)

Neste processo terapêutico, ambos referem a *disponibilidade e profissionalismo* da TA1, como as características fundamentais para o sucesso da terapia. A CA1 referiu ainda a *simpatia* da TA1 como uma característica fundamental e a TA1 foca aspetos como a *empatia com a problemática, o respeito pelo outro e suas dificuldades, saber ouvir, compreensão e autenticidade* descrita como "uma vontade honesta de estar ali".

Quanto ao impacto da terapia, a CA1 refere *sentir-se apoiada, validada e aceite* pela TA1, promovendo *alívio e bem-estar* depois das sessões, baixando ainda a sua *tendência à ruminação*, originando um maior *sentimento de autoconfiança*.

No que diz respeito à Comunicação Centrada no Positivo, encontramos coerência nas respostas de ambas: a TA1 refere que é importante *valorizar o trabalho que vai sendo desempenhado para a mudança terapêutica*, bem como *reforçar a evolução terapeuta*; da mesma forma, a CA1 refere que este tipo de comunicação *ajuda a validar os comportamentos adequados, incentiva a fazer melhor e encoraja para a mudança dos comportamentos para comportamentos adequados*. Refere ainda que este tipo de comunicação *mostra que a terapeuta está interessada no caso*.

Quanto à Comunicação Centrada no Problema, a TA1 refere ser uma questão fundamental para promover reflexão, criar uma possibilidade de reaprender novas estratégias mais eficazes para lidar com a problemática, bem como consciencializar e aceitar que os insucessos, dificuldades e fracassos, também fazem parte da vida. Na perspetiva da CA1, esta considera que focar na problemática é representativo do interesse da terapeuta nos seus problemas, mostrando assim a sua disponibilidade, ajudando a orientar para melhores escolhas.

Relativamente ao Impacto de uma Frase Positiva, ambas referem que *incentiva a fazer melhor*, e a TA1 salienta que promove orgulho, referindo que "faz com que se sintam orgulhosos de si". No mesmo sentido, a CA1 refere que *denota interesse por parte da terapeuta e valida os comportamentos adequados*. Quanto ao Impacto de uma Frase Negativa, é referido pela TA1 como condição, esta ser dita de uma *forma construtiva*, de maneira a *promover um maior leque de possibilidades novas na experimentação ou na tentativa de encontrar outros comportamentos, posturas e formas de ver a questão*. Já a CA1, refere que tem que ter *disponibilidade para ouvir a validação da terapeuta* independentemente do impacto positivo ou negativo que possa ter, pois é uma forma de poderem "refletir e melhorar", promovendo no futuro um *maior bem-estar*. Podemos aqui salientar a existência de um nível de confiança elevado, da CA1 em relação à TA1.

Em relação à Identificação de um Momento Alto, ambas referem o mesmo, ou seja, a capacidade que a cliente teve em experimentar viver uma nova relação amorosa, sem medo.

Quanto ao que Colocaram Melhor de Si, a TA1 refere as suas características como *disponibilidade, compreensão e empatia*, bem como a sua *capacidade para saber ouvir*. Já a CA1, refere a sua *autoconfiança*.

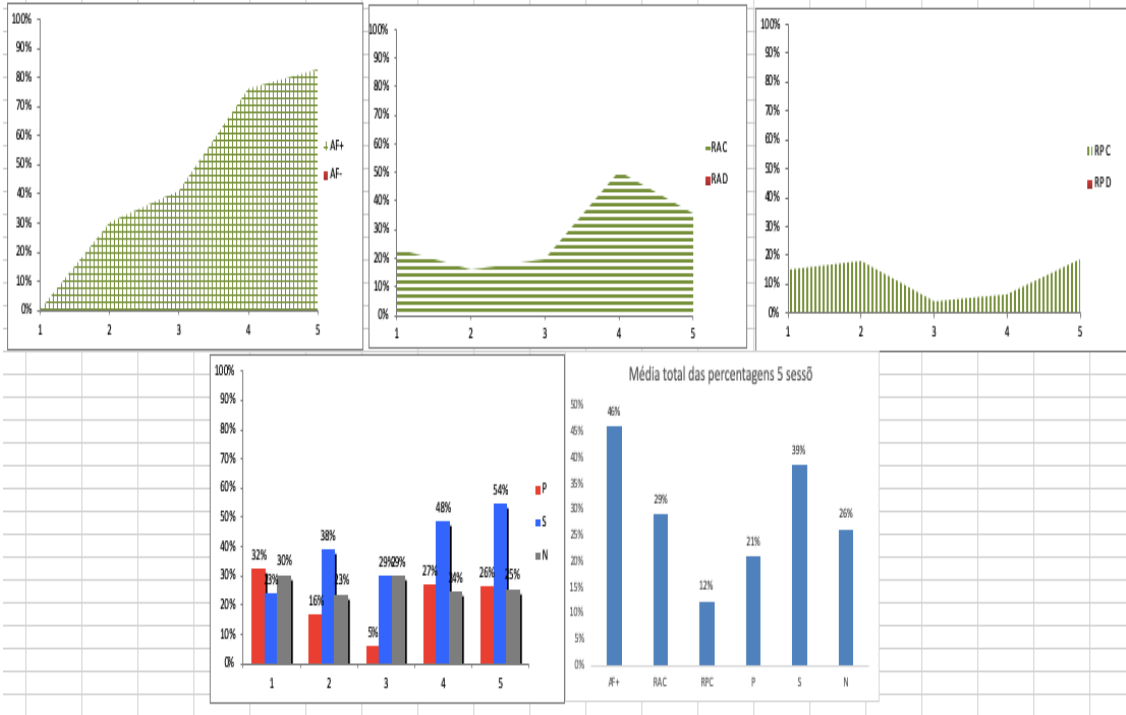
Numa Visão do Exterior para o Sucesso do Processo Terapêutico, é referido pela TA1 a sua *real disponibilidade para estar com a cliente neste processo*. A CA1 refere a sua *autoconfiança* bem como a *força e palavras ditas pela terapeuta*.

Em relação aos Desejos para o Futuro, a TA1 sugere que a cliente continue a confiar nela, a viver a vida sem sentimentos de culpa e a saber usufruir das suas competências. De forma mais sucinta, a CA1 refere uma maior autoestima, coragem e paciência.

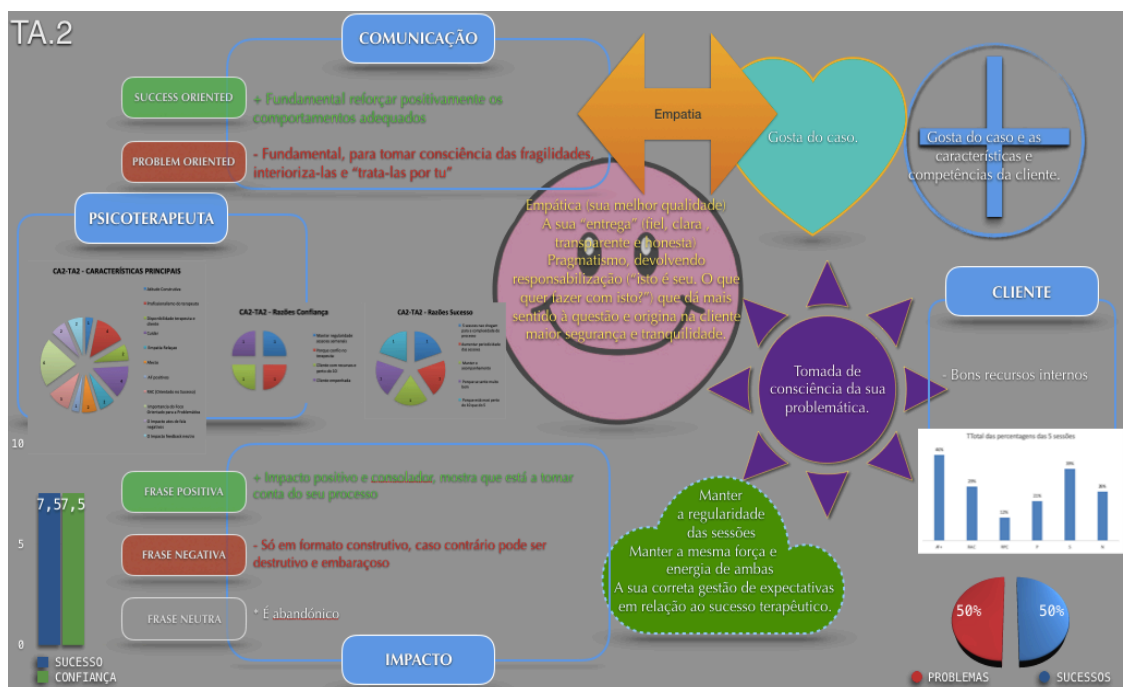
No que diz respeito à avaliação quantitativa, podemos afirmar que em relação à Perceção do Sucesso da Terapia, ambas deram respostas similares (TA1 - 8; CA1 - 9). No que concerne à Confiança no Sucesso do Processo, há uma variação de dois valores, sendo mais elevada a resposta da CA1 (TA1 - 8; CA1 - 10). Em relação à Perceção do Foco nos Problemas e Sucessos, a TA1 refere maior foco nos sucessos (70%) que nos problemas (30%), enquanto que a CA1 percecionava uma equiparação entre estas duas categorias (50%).

Fazendo uma análise genérica a este caso, podemos apontar a autoconfiança da CA1 e a hetero confiança da CA1 na TA1, como duas características pessoais preponderantes no sucesso deste processo.

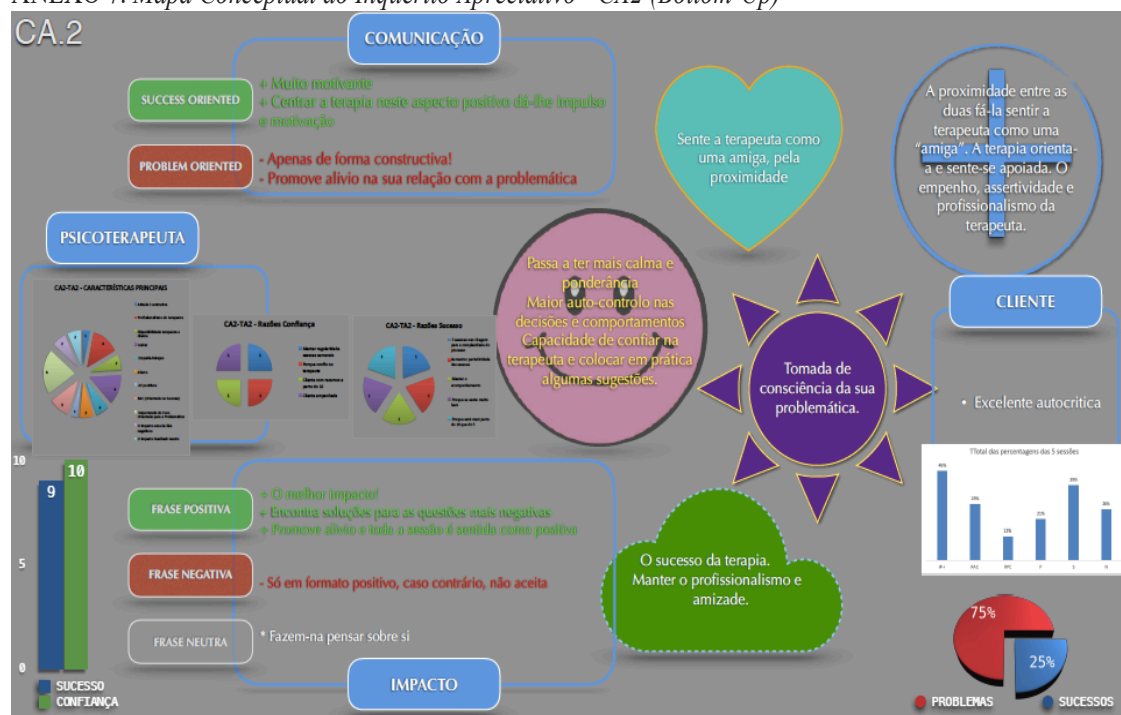
ANEXO 5. Resultado longitudinal das 5 sessões – Diade B



# ANEXO 6. Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TA2 (Bottom-Up)



## ANEXO 7. Mapa Conceptual do Inquérito Appreciativo - CA2 (Bottom-Up)



## ANEXO 8. Descrição de mapa conceptual díade B (Top-Down)

### ENTREVISTA TERAPEUTA (TA2) - CLIENTE (CA2)

Quanto às características pessoais para o sucesso do processo, a CA2 refere a sua *excelente autocritica*, uma *elevada capacidade para exercer a mudança de comportamentos*, o seu *otimismo* e a *motivação para a mudança*. Em relação às características da TA2, a CA2 refere o *profissionalismo*, *dedicação*, *disponibilidade* e *credibilidade* como características fundamentais para o sucesso terapêutico.

No que diz respeito à Comunicação Centrada no Positivo, a TA2 refere que é importante para *reforçar comportamentos adequados*, ou seja, pós execução do comportamento; já a CA2 refere que este tipo de comunicação serve de impulso e motivação, como se estivesse na base ou servisse de motor para executar esse mesmo comportamento adequado. Podemos identificar aqui um círculo virtuoso, onde um promove o comportamento e o outro reforça esse comportamento.

Quanto à Comunicação Centrada no Problema, ambas vão ao encontro da mesma resposta, embora que ditas de formas diferentes: a TA2 refere ser uma questão fundamental para *tomar consciência das fragilidades*, *interiorizá-las* e "tratá-las por 'tu'"; a CA2 refere promover *alívio na sua relação com a problemática*. Podemos assim referir que tomar consciência das fragilidades e interiorizá-las será uma forma de promover alívio nos sintomas da dor psicológica.

Relativamente ao Impacto de uma Frase Positiva, ambas referem o seu impacto *positivo* e *construtivo*, onde a TA2 salienta que "é consolador e denota que está a tomar conta do seu processo", como se promovesse um sentimento securizante. No mesmo sentido, a CA2 refere que é o *melhor impacto*, uma vez que encontra *soluções para as questões mais negativas*, promove *alívio* e faz com que toda a sessão *seja sentida como positiva*. Quanto ao Impacto de uma Frase Negativa, ambas referem que só em formato *construtivo*, caso contrário, segundo a TA2, pode ser "destrutivo e embaraçoso" sendo para a CA2 uma situação *inaceitável*. Quanto ao Impacto de Frase Neutra, aqui observamos uma perspectiva contraditória: a TA2 refere que é *abandónico*, já a CA2 considera que promove *reflexão interior* "fazem-na pensar sobre si".

Em relação à Identificação de um Momento Alto, ambas referem o mesmo, ou seja, a *tomada de consciência da cliente da sua problemática*, como se tivesse surgido o primeiro grande *insight*.

Quanto ao que Colocaram Melhor de Si, a TA2 refere a sua capacidade *empática* como a sua melhor característica, mas também a sua *entrega fiel*, *clara*, *transparente* e *honestas* e o seu *pragmatismo*, que *devolve responsabilidade*, "isto é, seu, o que quer fazer com isto" promovendo na cliente um sentimento de maior *segurança* e *tranquilidade*. No mesmo sentido, a CA2 refere um aumento de *calma* e *ponderância*, refere ainda a sua capacidade em *confiar na terapeuta* que *incentiva a colocar em prática algumas sugestões da terapeuta*, bem como um *maior autocontrolo nas suas decisões e comportamentos*.

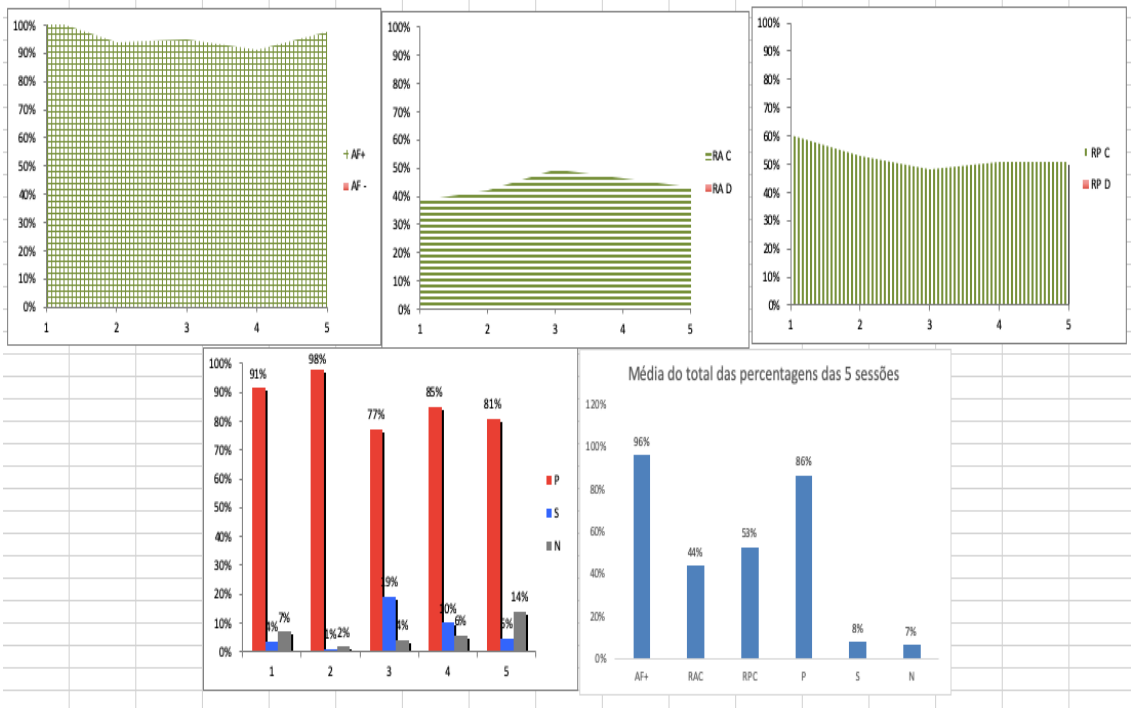
Numa Visão do Exterior para o Sucesso do Processo Terapêutico, a TA2 refere como as características fundamentais para o sucesso da terapia o facto de ter *gostado do caso* bem como as *características e competências* da CA2 que descreve como "bons recursos internos e muito empenho". De uma forma similar, a CA2 refere a *proximidade entre as duas* fazendo-a sentir a TA2 como uma "amiga", bem como as características da mesma como *empenho*, *assertividade* e *profissionalismo*. Refere ainda que a TA2 a *orienta* e sente-se *apoiada*. Embora verbalizado por cada uma por palavras diferentes, podemos afirmar existir uma consonância de significados, onde podemos retirar palavras como *proximidade* e "amizade", como fundamentais neste processo.

Em relação aos Desejos para o Futuro, a TA2 refere a *regularidade das sessões*, a mesma *força e energia de ambas* (TA2 e CA2) e a sua *correta gestão de expectativas* em relação ao sucesso terapêutico. De forma mais sucinta, a CA2 refere o sucesso da terapia com a manutenção do *profissionalismo* da TA2 e a sua "amizade" com a terapeuta.

No que diz respeito à avaliação quantitativa, podemos afirmar que em relação à Perceção do Sucesso da Terapia, as suas respostas denotam um maior pragmatismo por parte da terapeuta e uma elevada confiança por parte da cliente (TA2 - 7,5; CA2 - 9). No que concerne à Confiança no Sucesso do Processo, há um maior afastamento nas respostas, embora pouco significativo, sendo mais elevada a resposta da CA2 (TA2 - 7,5; CA2 - 10). Em relação à Perceção do Foco nos Problemas e Sucessos, a TA2 refere um valor equitativo entre os dois de 50%, enquanto que a CA2 percecionou um foco maior nos problemas (75%) e apenas 25% nos sucessos.

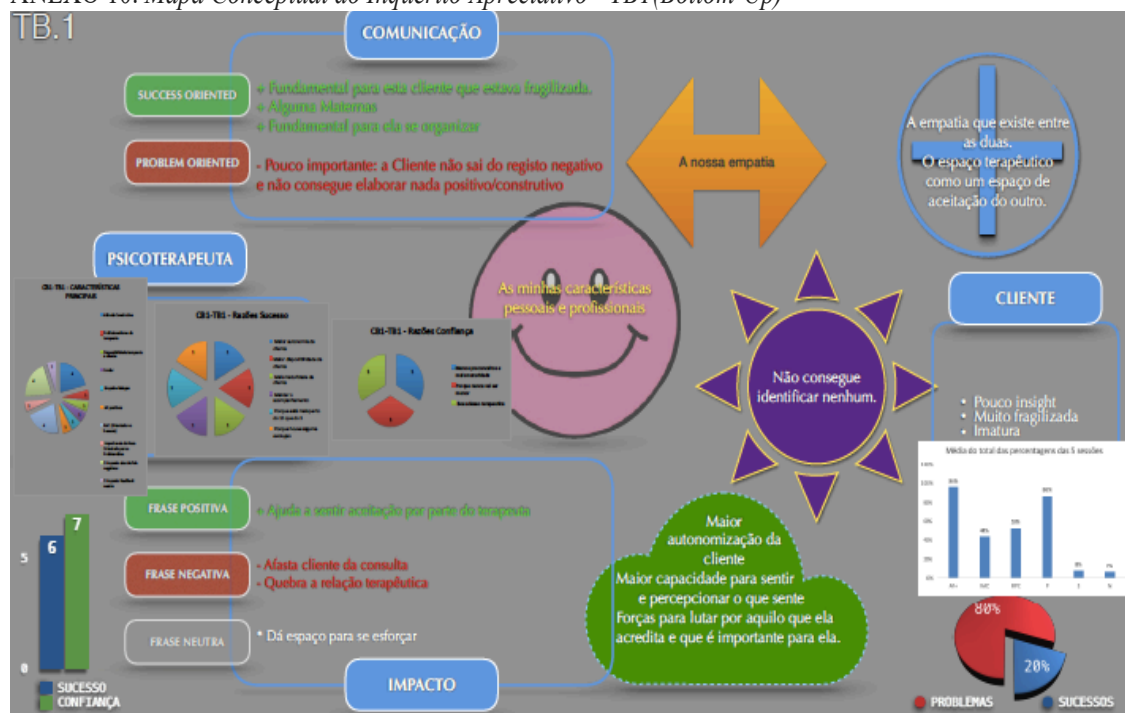
Fazendo uma análise genérica a este caso, podemos salientar a *proximidade* e "amizade" como as características mais apontadas pela CA2, bem como o facto de ser um caso que a terapeuta refere "gostar" que pode ter influenciado esta mesma *proximidade*. Estamos aqui a falar de características que servem de suporte numa boa relação terapêutica, e que influenciam no sucesso de qualquer processo terapêutico.

ANEXO 9. Resultado longitudinal das 5 sessões – Diade C

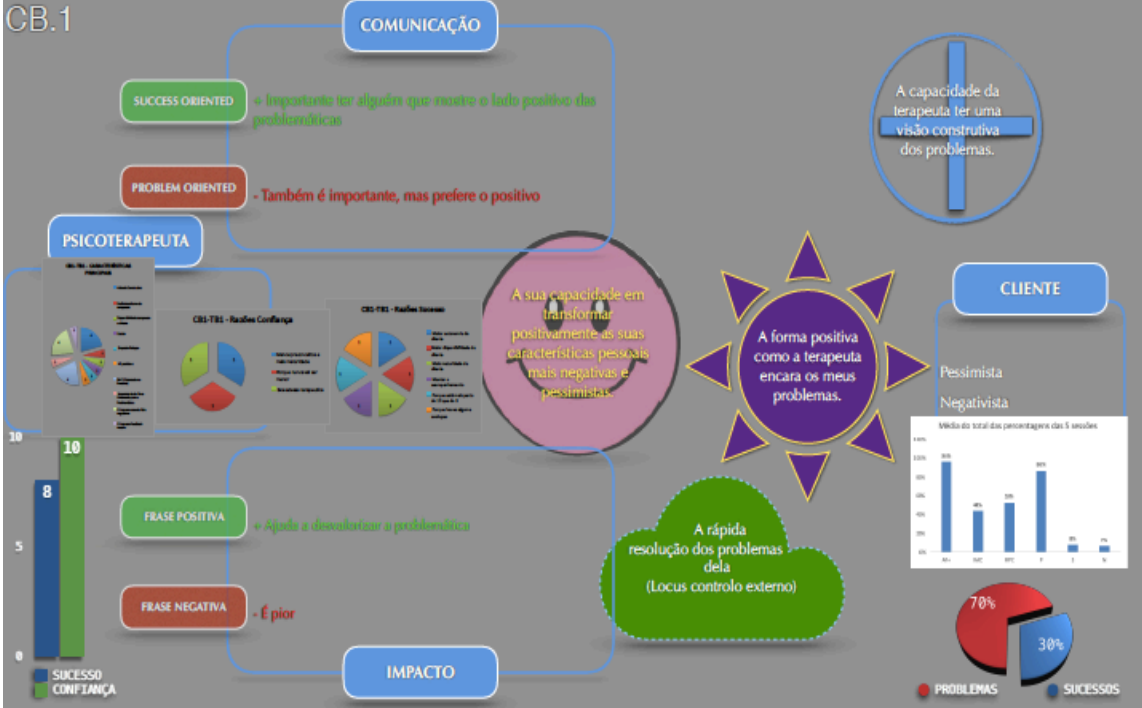




## ANEXO 10. Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TB1 (Bottom-Up)



ANEXO 11. Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CBI(Bottom-Up)



## ANEXO 12. Descrição de mapa conceptual díade C (Top-Down)

### ENTREVISTA TERAPEUTA (TB1) - CLIENTE (CB1)

No que diz respeito à Comunicação Centrada no Positivo, a CB1 refere ser fundamental ter alguém que *mostra o lado positivo das problemáticas*. A TB1 refere ser central para esta cliente pois a mesma encontrava-se *fragilizada*, focando ainda *alguma Maternas* e ser fundamental para esta se *organizar* internamente. Afirma ainda que a cliente tem pouco *insight* e revela imaturidade.

Quanto à Comunicação Centrada no Problema, ambas referem a sua pouca importância, salientando a TB1 que, para este caso, este tipo de comunicação não ia permitir que a cliente *sáísse do registo negativo e impediria que esta elaborasse de forma positiva e construtiva*.

Relativamente ao Impacto de uma Frase Positiva, a CB1 refere que *ajuda a desvalorizar a problemática*. Já a TB1 refere que *ajuda a sentir aceitação por parte do terapeuta*. Quanto ao Impacto de uma Frase Negativa, ambas referem que pode ser destrutivo. A TB1 refere que *afasta a cliente da consulta e quebra a relação terapêutica*, a CB1 afirma que *"é pior"*. No caso de uma Frase Neutra, é referida apenas pela terapeuta como uma forma de *dar espaço para se esforçar*.

Em relação à Identificação de um Momento Alto, a TB1 não refere nenhum, já a CB1 refere *a forma construtiva como a terapeuta encara os seus problemas*.

Quanto ao que Colocaram Melhor de Si, ambas referem as suas características pessoais como fundamentais para o sucesso da terapia, salientando a TB1 também as profissionais. A TB1 refere a *disponibilidade total, isenção de preconceitos e juízos de valor, incentivar a autonomia e esclarecimento de questões*. Já a CB1, refere a capacidade que a TB1 tem em *mostrar o lado positivo dos seus problemas* bem como a capacidade da CB1 em *transformar positivamente as suas características pessoais mais negativas e pessimistas*. A TB1 salienta também a existência de uma elevada empatia entre as duas.

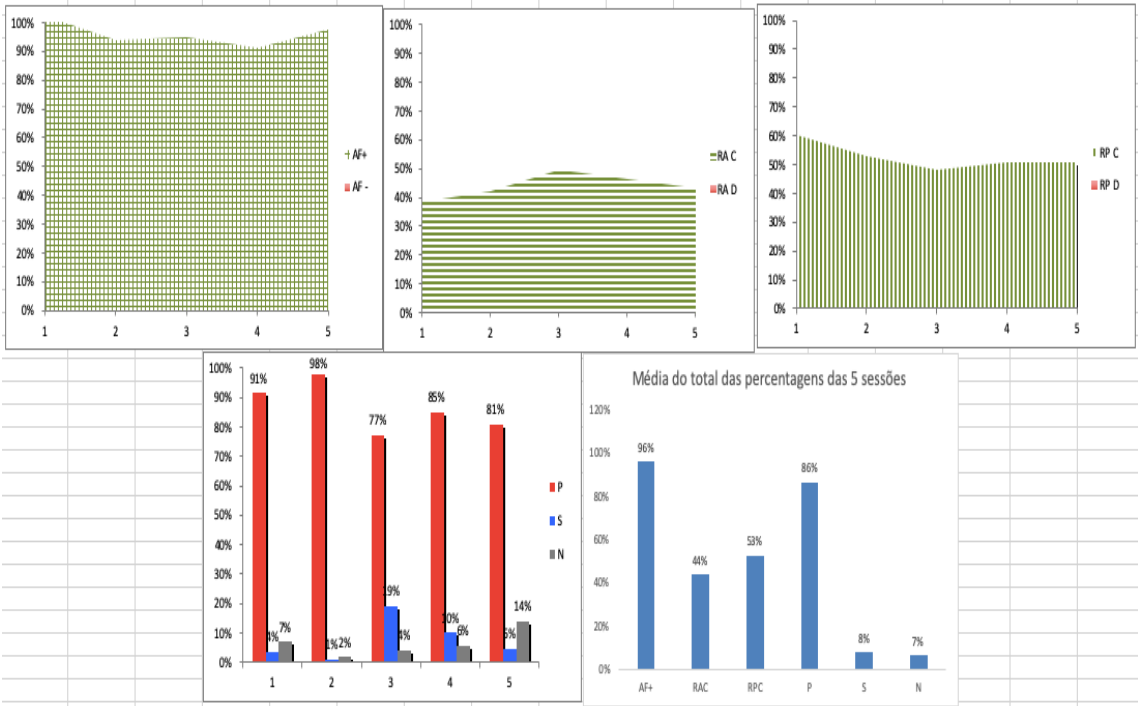
Numa Visão do Exterior para o Sucesso do Processo Terapêutico, é referido pela TB1 a *elevada empatia entre as duas* bem como encarar o espaço terapêutico como um *espaço de aceitação do outro*. A CB1 refere, mais uma vez, a *capacidade da terapeuta em ter uma visão construtiva dos problemas*.

Em relação aos Desejos para o Futuro, a TB1 salienta um crescimento da cliente que passa por uma *maior autonomização*, uma *maior capacidade para sentir e perceber o que sente* bem como *assegurar força interior para lutar por aquilo que acredita e é importante para ela*. Já a CB1, refere uma *rápida resolução dos seus problemas*, podendo isto revelar a pouca maturidade referida pela TB1 com um maior Locus de Controlo Externo.

No que diz respeito à avaliação quantitativa, podemos afirmar que em relação à Perceção do Sucesso da Terapia, as respostas afastam-se um pouco (TB1 - 6; CB1 - 8). No que concerne à Confiança no Sucesso do Processo, mais uma vez há uma variação de três valores, sendo mais elevada a resposta da CB1 (TB1 - 7; CB1 - 10) revelando uma total confiança, já que deu a pontuação mais elevada. Podemos afirmar que a TB1 é bastante mais realista e pragmática e a CB1 revela elevado otimismo. Em relação à Perceção do Foco nos Problemas e Sucessos, ambas dão respostas similares: a TB1 (Problemas - 80%; Sucessos - 20%) e a CB1 (Problemas - 70%; Sucessos - 30%).

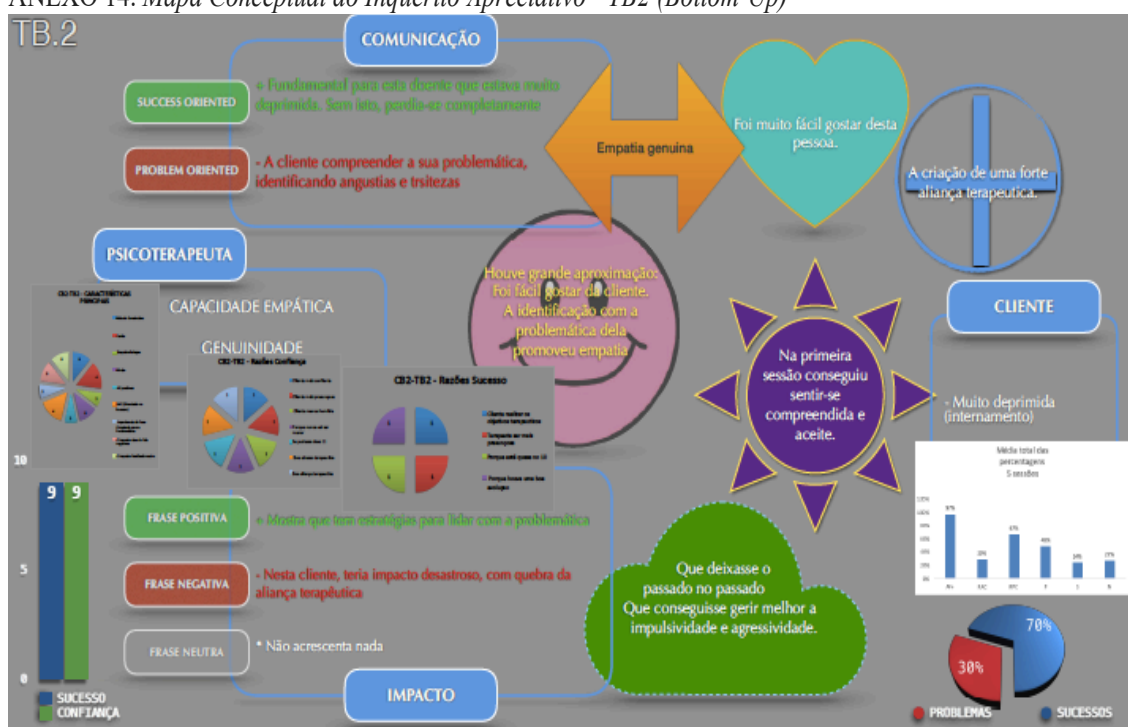
Fazendo uma análise genérica a este caso, podemos apontar a atitude positiva e construtiva bem como a elevada empatia entre as duas, como características preponderantes no sucesso deste processo.

ANEXO 13. Resultado longitudinal das 5 sessões – Diáde D

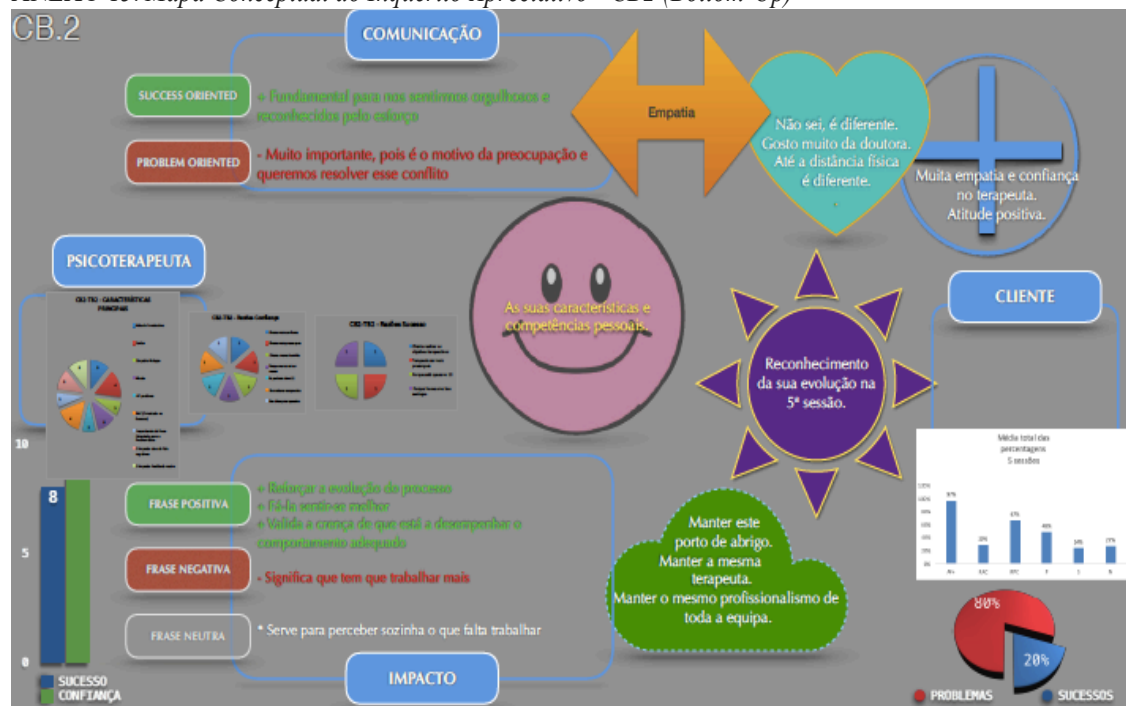


## ANEXO 14. Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TB2 (Bottom-Up)

TB.2



## ANEXO 15. Mapa Conceptual do Inquérito Appreciatio - CB2 (Bottom-Up)



## ANEXO 16. Descrição de mapa conceptual diade D (Top-Down)

### ENTREVISTA TERAPEUTA (TB2) - CLIENTE (CB2)

No que diz respeito à Comunicação Centrada no Positivo, a CB2 refere ter sido fundamental para esta cliente uma vez que “esta doente estava muito deprimida e sem isto perdia-se completamente” (sic). Da mesma forma e indo ao encontro do que disse a terapeuta, a CB2 refere *ser fundamental para se sentir orgulhosa e reconhecida pelo esforço*.

Quanto à Comunicação Centrada no Problema, ambas referem a sua importância elevada, onde a TB2 salienta ser a forma da cliente *compreender a sua problemática, identificando angústias e tristezas* e a cliente refere *ser o motivo da sua preocupação e quer resolver esse conflito*.

Relativamente ao Impacto de uma Frase Positiva, ambas respondem são coerentes na sua resposta, onde TB2 refere que *mostra que tem estratégias para lidar com a problemática* e a CB2 confirma esta afirmação, dizendo que *reforça a evolução do processo, fá-la sentir-se melhor e valida a crença de que está a desempenhar o comportamento adequado*. Quanto ao Impacto de uma Frase Negativa, as respostas são opostas. A TB2 refere que nesta cliente *teria um impacto desastroso e quebraria a AT*. Já a CB2 refere que pode ter um impacto construtivo implicando uma dedicação maior no seu processo terapêutico “significa que tenho que trabalhar mais”. Em relação ao Impacto de uma Frase Neutra, novamente há discordância nas respostas. A TB2 considera que *não acrescenta nada ao processo*, já a CB2 é da opinião que *serve para perceber sozinha o que falta trabalhar*.

Em relação à Identificação de um Momento Alto, a CB2 refere *na primeira sessão ter-se sentido compreendida e aceite* e a TB2 refere *o o reconhecimento da sua evolução na 5ª sessão*.

Quanto ao que Colocaram Melhor de Si, ambas referem as suas características pessoais como fundamentais para o sucesso da terapia, salientando a TB2 também que *houve uma grande aproximação, foi fácil gostar da cliente e a identificação com a sua problemática promoveu empatia*. A TB2 refere ainda a sua *capacidade empática e a sua genuinidade*. A CB2 descreve como as suas competências pessoais: *força interior, motivação para a mudança, honestidade e orgulho pela mudança*.

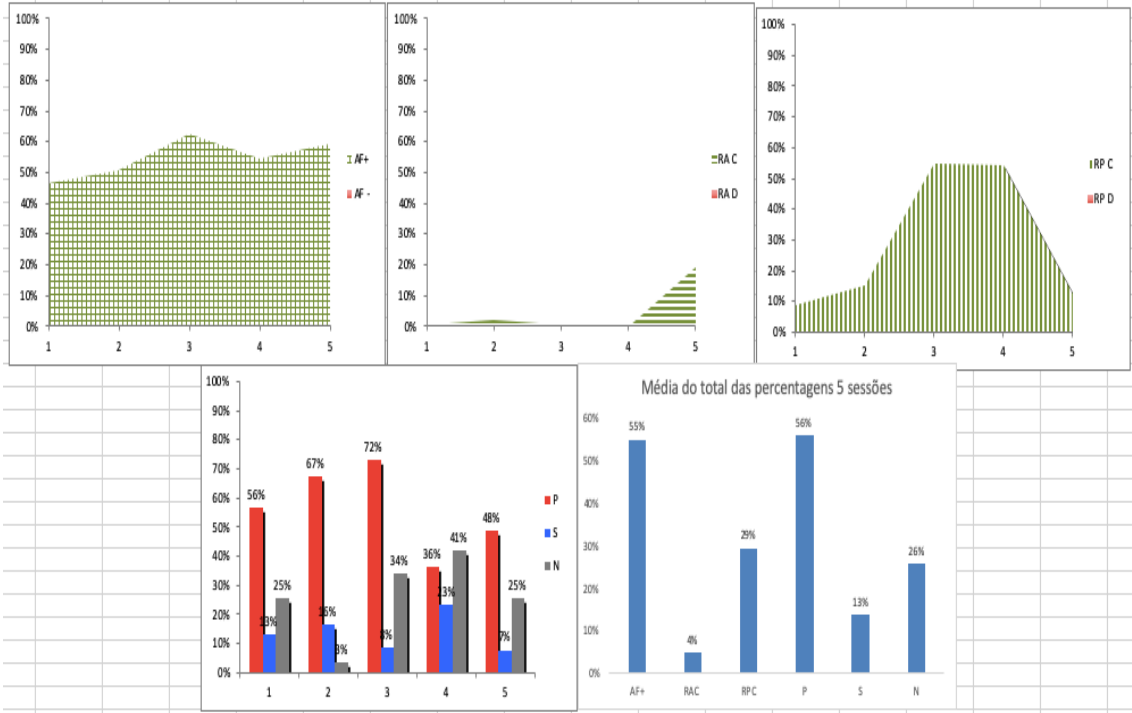
Numa Visão do Exterior para o Sucesso do Processo Terapêutico, a TB2 refere a *criação de uma forte AT* e a CB2, indo ao encontro desta resposta, refere a existência de *muita empatia e confiança na terapeuta e atitude positiva*.

Em relação aos Desejos para o Futuro, a TB2 foca a libertação da cliente em relação ao passado “que deixasse o passado no passado” (sic) e *conseguisse gerir melhor a sua impulsividade e agressividade*. A CB2 apela à manutenção “deste porto de abrigo” (sic) *com a mesma terapeuta e o mesmo profissionalismo de toda a equipa*.

No que diz respeito à avaliação quantitativa, podemos afirmar que em relação à Perceção do Sucesso da Terapia, as respostas são próximas uma da outra (TB2 – 9; CB2 – 8). No que concerne à Confiança no Sucesso do Processo, as mesmas também são semelhantes, sendo mais otimista a resposta da CB2 (TB2 – 9; CB2 – 10) revelando uma total confiança, já que deu a pontuação mais elevada. Em relação à Perceção do Foco nos Problemas e Sucessos, as respostas são opostas: a TB2 (Problemas – 30%; Sucessos – 70%) e a CB2 (Problemas – 80%; Sucessos – 20%).

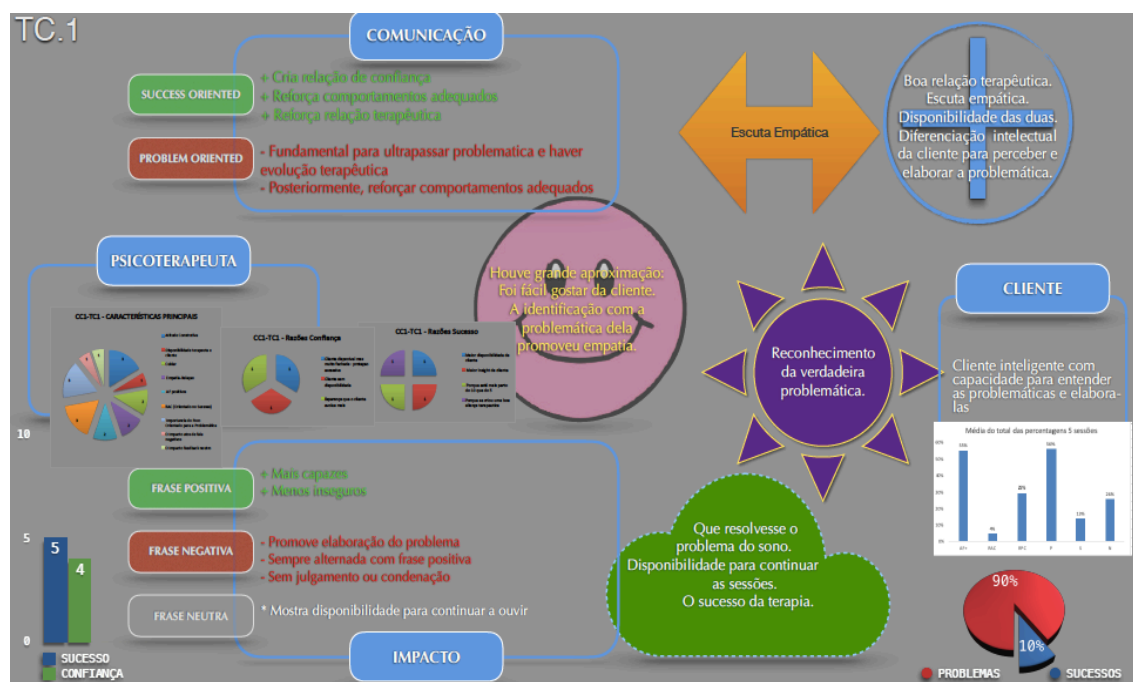
Fazendo uma análise genérica a este caso, neste processo terapêutico podemos salientar uma grande proximidade e empatia entre as duas, bem como uma forte AT, referindo ainda a TB2 que a sua identificação com a problemática da cliente promoveu esta forte empatia. A CB2 refere também uma confiança elevada na terapeuta.

ANEXO 17. Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade E

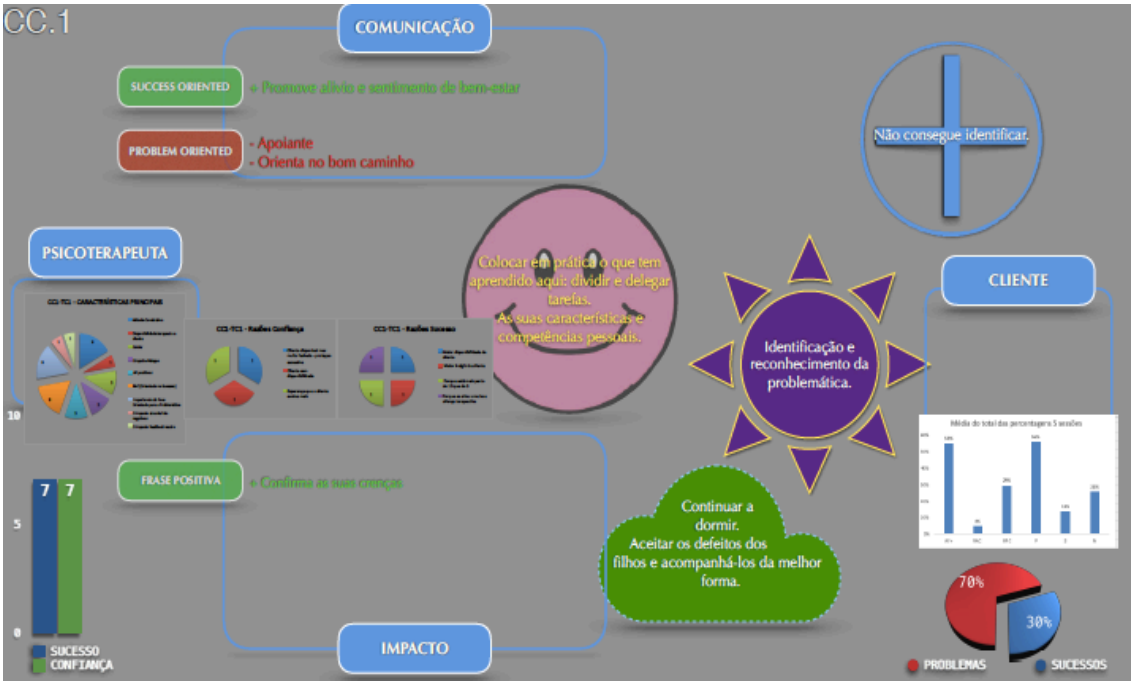




## ANEXO 18. Mapa Conceptual do Inquérito Appreciativo - TC1 (Bottom-Up)



ANEXO 19. Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CCI (Bottom-Up)



## ANEXO 20. Descrição de mapa conceptual díade E (Top-Down)

### ENTREVISTA TERAPEUTA (TC1) - CLIENTE (CC1)

No que diz respeito à Comunicação Centrada no Positivo, a CC1 refere que *promove alívio e sentimento de bem-estar*. A TC1 aponta para questões da AT, confiança e comportamentos, alegando que *cria relação de confiança, reforça comportamentos adequados e reforça relação terapêutica*.

Quanto à Comunicação Centrada no Problema, ambas referem a sua importância no mesmo sentido, salientando a TC1 que é *fundamental para ultrapassar a problemática e haver evolução terapêutica*, mas considera que, posteriormente é necessário *reforçar os comportamentos adequados*.

Relativamente ao Impacto de uma Frase Positiva, a CC1 refere que os torna *mais capazes e menos inseguros*. Já a TC1 refere-se ao seu impacto cognitivo, alegando que *confirma as suas crenças*. Quanto ao Impacto de uma Frase Negativa, apenas obtivemos resposta da TC1 que refere *promover elaboração do problema*, deve ser dita *sempre alternada de uma frase positiva* e tem que ser isenta de *julgamentos ou condenação*. No caso de uma Frase Neutra, é referida apenas pela TC1 como uma forma de *mostrar disponibilidade para continuar a ouvir*.

Em relação à Identificação de um Momento Alto, ambas referem o mesmo, *o reconhecimento da problemática*, sendo que a CC1 também invoca a *identificação* do mesmo.

Quanto ao que Colocaram Melhor de Si, ambas referem as suas características pessoais como fundamentais para o sucesso da terapia, salientando a TC1 também as profissionais. A TC1 refere a sua *disponibilidade e escuta empática*. A CC1, refere a sua capacidade de *colocar em prática o que tem aprendido "dividir e delegar tarefas"* (sic) e como competências pessoais refere a sua *autoconfiança, otimismo* e a capacidade para *olhar o lado positivo dos aspetos negativos*.

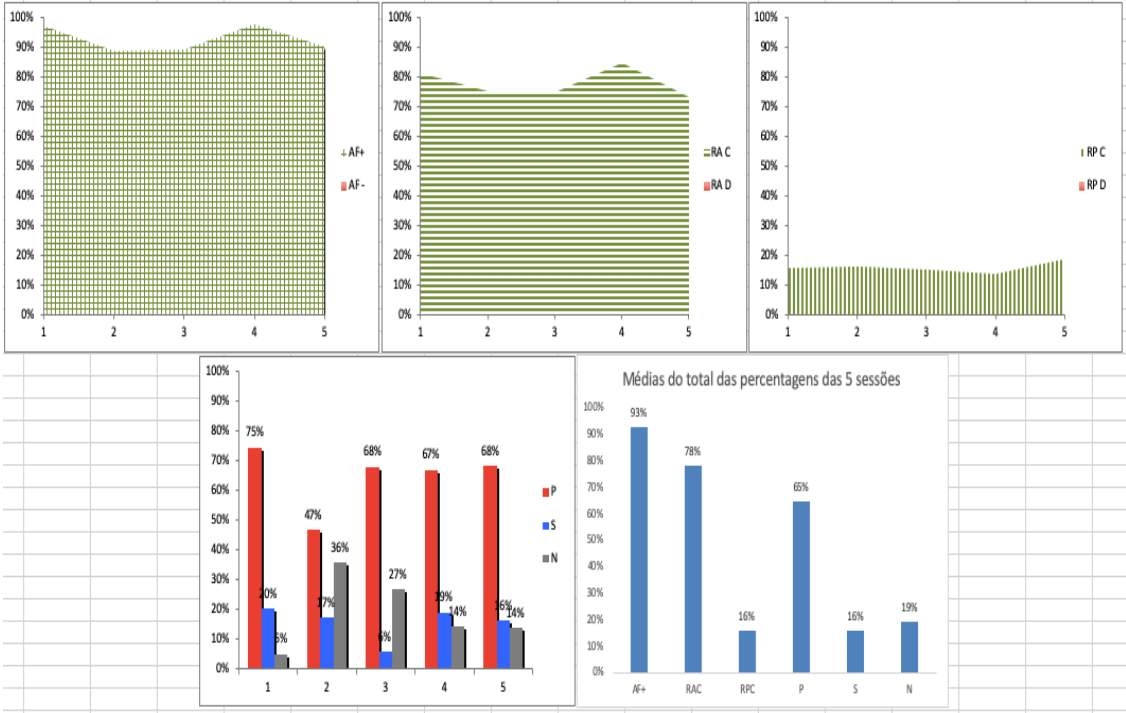
Numa Visão do Exterior para o Sucesso do Processo Terapêutico, é referido pela TC1 a *boa relação terapêutica*, a sua *escuta empática*, a *disponibilidade das duas* e refere ainda a *diferenciação intelectual da cliente para perceber e elaborar a problemática*. Quanto à CC1, esta refere não conseguir identificar as razões.

Em relação aos Desejos para o Futuro, a TC1 salienta uma resolução para o seu *problema do sono*, a *disponibilidade da cliente para continuar as sessões e o sucesso da terapia*. A CC1 refere igualmente a resolução do problema do sono *"continuar a dormir"* (sic) e acrescenta a sua *aceitação pelos defeitos dos filhos para acompanhá-los da melhor forma*.

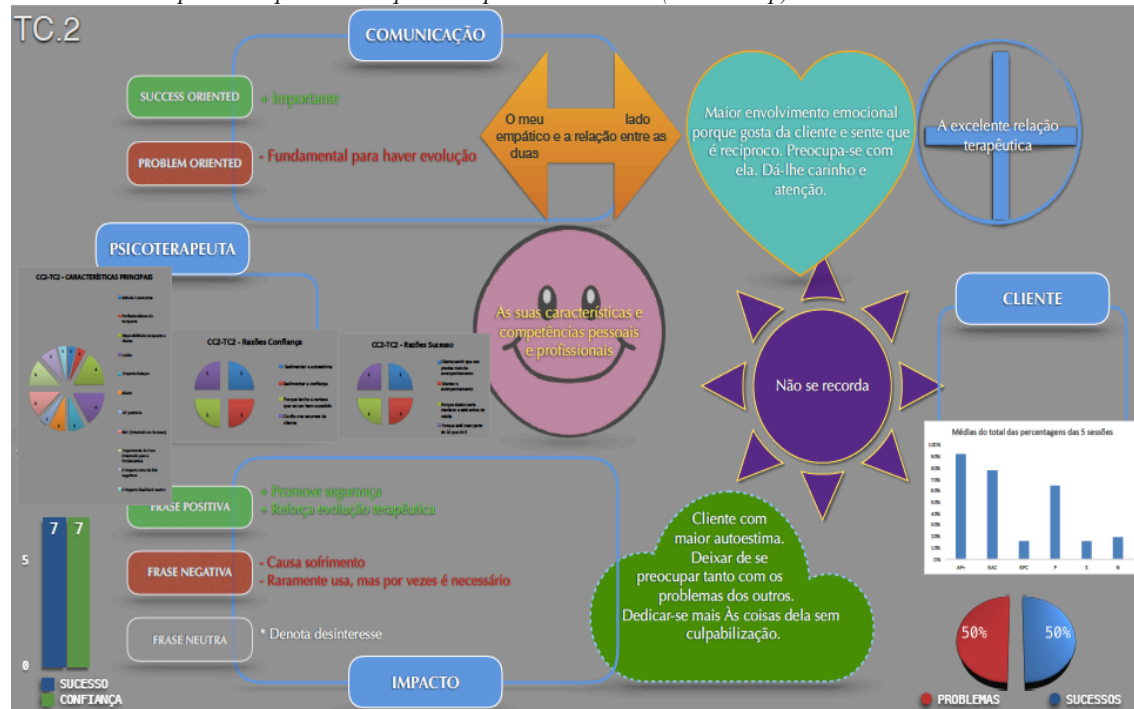
No que diz respeito à avaliação quantitativa, podemos afirmar que em relação à Perceção do Sucesso da Terapia, as respostas afastam-se um pouco (TC1 - 5; CC1 - 7). No que concerne à Confiança no Sucesso do Processo, mais uma vez há uma variação de três valores, sendo mais elevada a resposta da TC1 (TC1 - 4; CC1 - 7) revelando uma ponderação e pragmatismo superior pela parte da terapeuta. Em relação à Perceção do Foco nos Problemas e Sucessos, há uma pequena diferença de 20%: a TC1 (Problemas - 90%; Sucessos - 10%) e a CC1 (Problemas - 70%; Sucessos - 30%).

Fazendo uma análise genérica a este caso, podemos apontar para as características pessoais, tanto da terapeuta como da cliente, como fatores decisivos no resultado da terapia, bem como as profissionais da parte da TC1. Da mesma forma, podemos afirmar que uma boa relação terapêutica também influenciou o resultado da mesma, sendo a cliente mais otimista que a terapeuta, e esta última mais pragmática e ponderada nas suas expectativas.

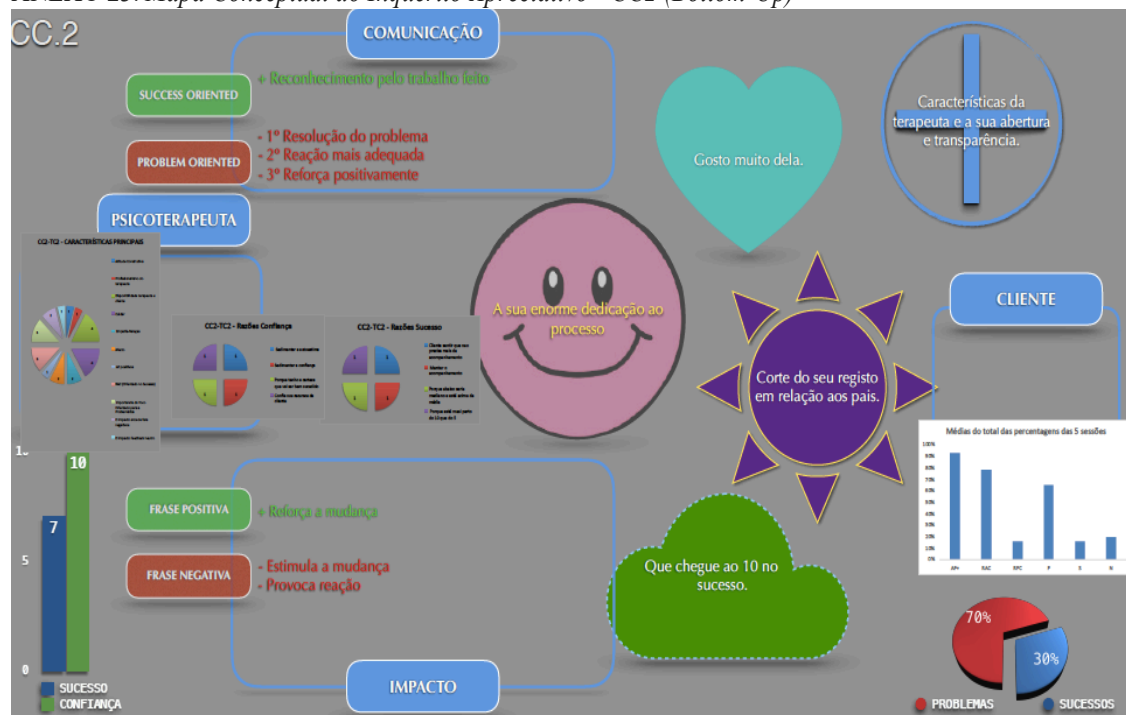
ANEXO 21. Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade F



ANEXO 22. Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TC2 (Bottom-Up)



## ANEXO 23. Mapa Conceptual do Inquérito Appreciativo - CC2 (Bottom-Up)



## ANEXO 24. Descrição de mapa conceptual diáde F (Top-Down)

### ENTREVISTA TERAPEUTA (TC2) - CLIENTE (CC2)

No que diz respeito à Comunicação Centrada no Positivo, a TC2 refere ser *importante* e a CC2 refere que promove o *reconhecimento do trabalho desenvolvido* pela cliente.

Quanto à Comunicação Centrada no Problema, ambas referem a sua importância no mesmo sentido, salientando a TC2 que é *fundamental para haver evolução*. Já a CC2 considera que é a *reação mais adequada* e finalmente, que *reforça positivamente*.

Relativamente ao Impacto de uma Frase Positiva, ambas as respostas vão no mesmo sentido de *reforçar a evolução/mudança*. A CC2 acrescenta que *promove segurança*. Quanto ao Impacto de uma Frase Negativa, as respostas são complementares: a TC2 refere que *causa sofrimento* e usa esta estratégia apenas quando é *necessário*, a CC2 afirma que *promove reação e estimula a mudança*. Sabemos que, para haver mudança, muitas vezes é preciso sentir sofrimento, caso contrário "Mudar para quê...porquê...?". No caso de uma Frase Neutra, é referida apenas pela TC2 como uma forma de *mostrar desinteresse*.

Em relação à Identificação de um Momento Alto, a CC2 não se recorda de nenhum, já a TC2 refere o *corde do seu registo em relação aos pais*.

Quanto ao que Colocaram Melhor de Si, a TC2 refere um *maior envolvimento emocional porque gosta da cliente e sente que é recíproco* e isto permite uma maior *preocupação, carinho e atenção*. Refere ainda, as suas características pessoais e profissionais como fundamentais para o sucesso da terapia, salientando a *disponibilidade, escuta empática e compreensão*. Já a CC2, refere a sua *dedicação* ao processo com *abertura e transparência*.

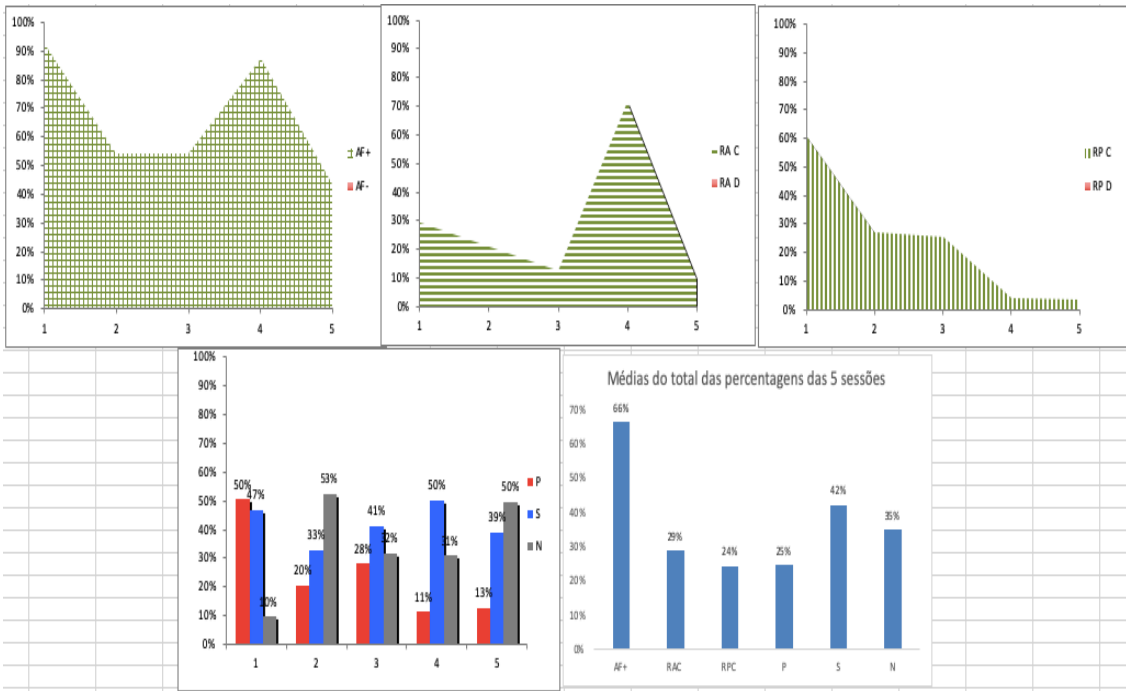
Numa Visão do Exterior para o Sucesso do Processo Terapêutico, é referido pela TC2 uma *excelente relação terapêutica*. Quanto à CC2, esta refere as características da terapeuta, *disponibilidade e dedicação*, e suas: *abertura, transparência e dedicação*, ou seja, o seu envolvimento no processo terapêutico.

Em relação aos Desejos para o Futuro, a TC2 salienta uma *maior autoestima, uma maior dedicação às coisas dela sem culpabilização* e que *deixe de se preocupar com os problemas dos outros*. A CC2 refere apenas que chegue ao *10 no sucesso*, nota máxima.

No que diz respeito à avaliação quantitativa, podemos afirmar que em relação à Perceção do Sucesso da Terapia, as respostas são idênticas (TC2 - 7; CC2 - 7). No que concerne à Confiança no Sucesso do Processo, há uma variação de três valores, sendo mais elevada a resposta da CC2 (TC2 - 7; CC2 - 10) revelando uma ponderação e pragmatismo superior pela parte da terapeuta, mas também um otimismo por parte da cliente. Em relação à Perceção do Foco nos Problemas e Sucessos, há uma pequena diferença de 20%: a TC2 (Problemas - 50%; Sucessos - 50%) e a CC2 (Problemas - 70%; Sucessos - 30%).

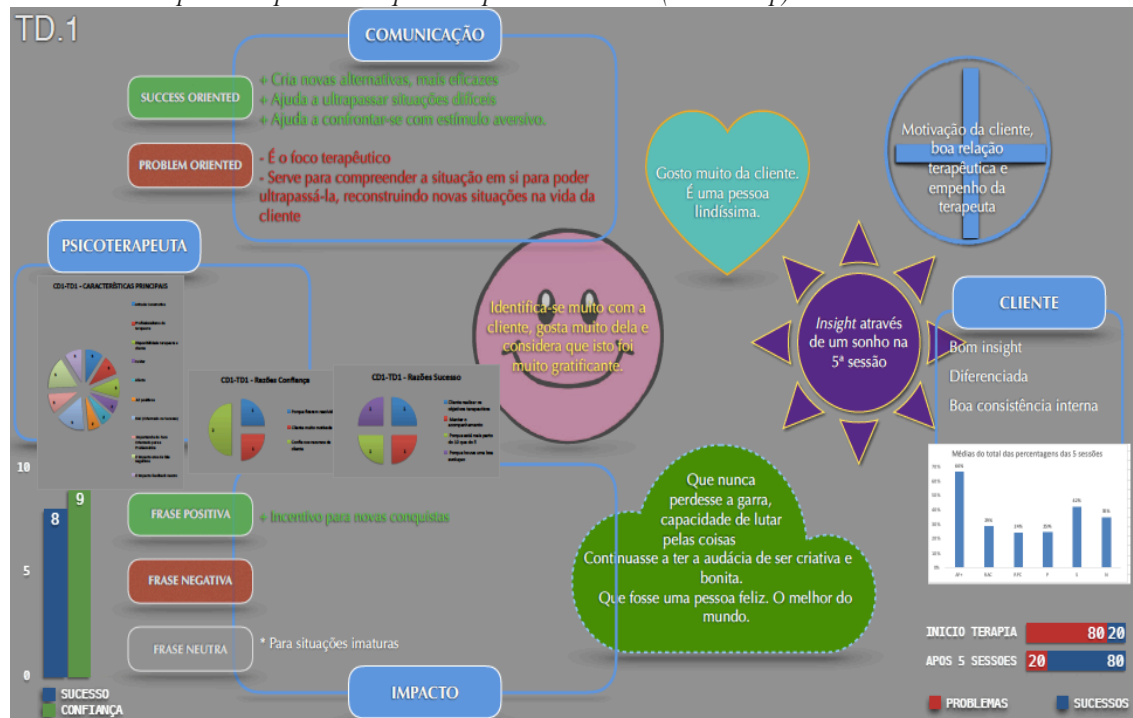
Fazendo uma análise genérica a este caso, podemos apontar para as características pessoais, tanto da terapeuta como da cliente, como fatores decisivos no resultado da terapia, bem como as profissionais da parte da TC2 mas também um grande envolvimento e dedicação ao processo por parte das duas, onde a CC2 refere esta dedicação e a TC2 refere que isto se deveu ao facto de gostar da doente e sentir que é recíproco.

ANEXO 25. Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade G

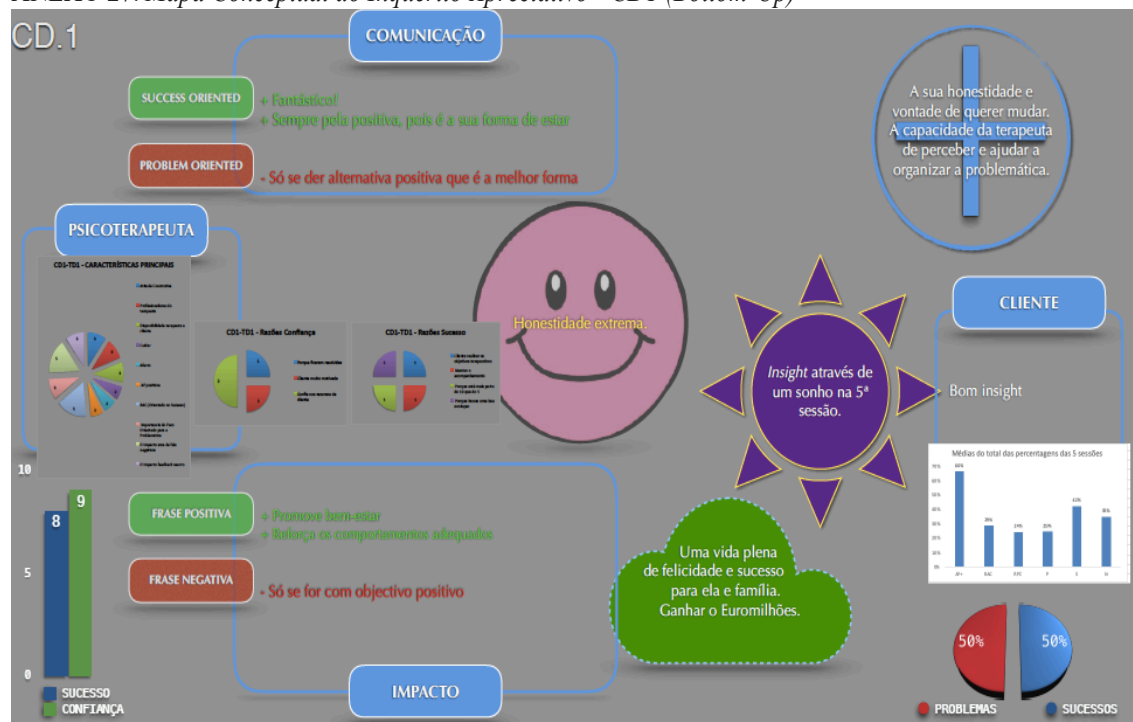




# ANEXO 26. Mapa Conceptual do Inquérito Appreciativo - TD1 (Bottom-Up)



## ANEXO 27. Mapa Conceptual do Inquérito Appreciativo - CD1 (Bottom-Up)



## ANEXO 28. Descrição de mapa conceptual diade G (Top-Down)

### ENTREVISTA TERAPEUTA (TD1) - CLIENTE (CD1)

No que diz respeito à Comunicação Centrada no Positivo, ambas referem a sua importância embora em formatos diferentes. A CD1 refere ser *fantástico* e considera que esta deve ser sempre a forma usada *sempre pela positiva pois é a sua forma de estar na vida*. A TD1 realça a sua importância afirmando que *cria novas alternativas e mais eficazes, ajuda a ultrapassar as situações difíceis e ajuda a confrontar-se com o estímulo aversivo*.

Quanto à Comunicação Centrada no Problema, a CD1 considera que só deve ser usado em *formato positivo pois é o melhor*. Já a TD1 apela a sua importância pelo conteúdo, alegando que *é o foco terapêutico e serve para compreender a situação em si e poder ultrapassá-la, reconstruindo novas situações na vida da cliente*.

Relativamente ao Impacto de uma Frase Positiva, ambas respondem no mesmo sentido positivo e construtivo: a TD1 refere ser um *incentivo para novas conquistas* e a CD1 afirma que *promove bem-estar e reforça comportamentos adequados*. Quanto ao Impacto de uma Frase Negativa, apenas a CD1 respondeu, alegando que *só se for com objetivo positivo*. No caso de uma Frase Neutra, é referida apenas pela TD1 como um formato apenas orientado para *situações imaturas*.

Em relação à Identificação de um Momento Alto, ambas referem a mesma situação: um *insight* na quinta sessão.

Quanto ao que Colocaram Melhor de Si, a TD1 refere uma proximidade elevada pois identifica-se muito com a cliente, gosta muito dela e considera que isto foi muito gratificante. Já a CD1 refere a sua honestidade extrema.

Numa Visão do Exterior para o Sucesso do Processo Terapêutico, é referido pela TD1 a *boa relação terapêutica*, o seu *empenho* e a *motivação da cliente* que descreve como uma pessoa com *bom insight, diferenciada e com consistência interna*. Quanto à CD1, esta refere as características da terapeuta como *disponibilidade total, empatia, pragmatismo que ajuda na criação de comportamentos alternativos eficazes* e na sua capacidade em *identificar a problemática e a organizar o pensamento*. Em relação às suas características refere a sua *honestidade e vontade de querer mudar e a capacidade da terapeuta em perceber e ajudar a organizar a problemática*. Da mesma forma, refere ter *bom insight, ser honesta e confiante*.

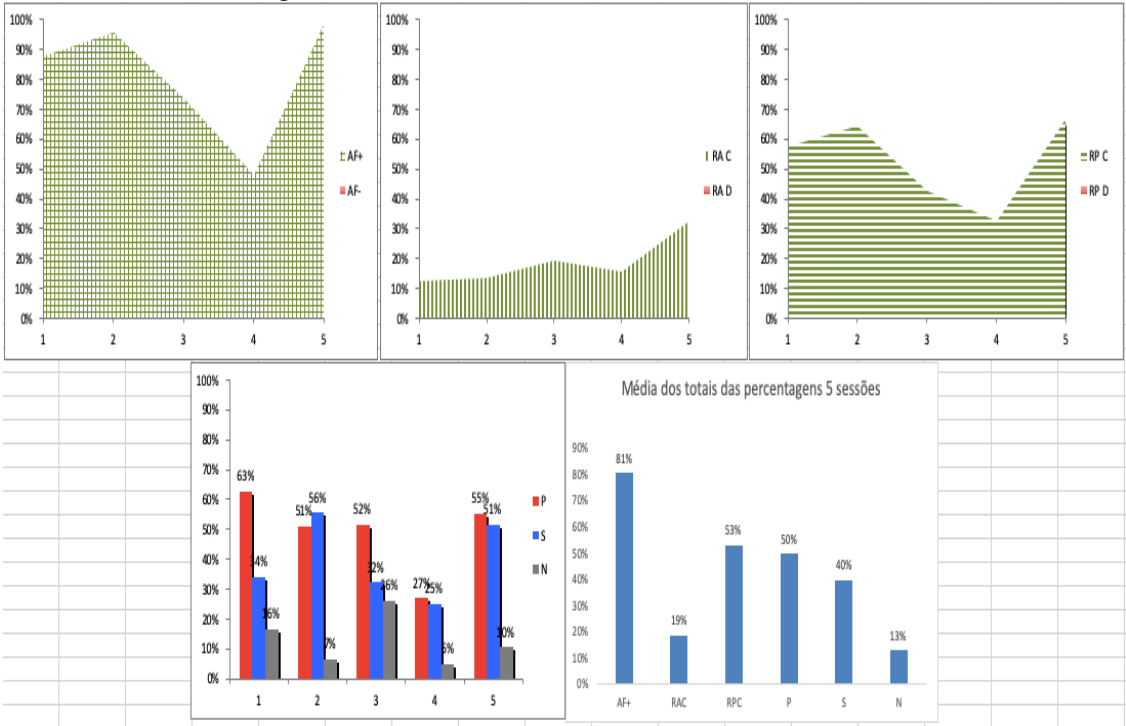
Em relação aos Desejos para o Futuro, ambas referem *Felicidade e Sucesso*. A TD1 acrescenta a manutenção de características e competências pessoais: *nunca perder a garra, a capacidade de lutar pelas coisas, e que continue a ter audácia, de ser criativa e uma pessoa bonita*.

No que diz respeito à avaliação quantitativa, podemos afirmar que, tanto em relação à Perceção do Sucesso da Terapia como à Confiança no Sucesso do Processo as respostas são idênticas (TD1 – 8; CD1 – 9). Em relação à Perceção do Foco nos Problemas e Sucessos, já existe uma diferença mais acentuada entre as duas, mas apenas no final das cinco sessões, onde a TD1 dá duas avaliações: uma, para o início do processo onde afirma ter-se focado mais nos problemas (Problemas – 80%; Sucessos – 20%), outra no final das cinco sessões, onde inverte os valores (Problemas – 20; Sucesso – 80, afirmando ter dado mais ênfase aos sucessos que aos problema (Problemas – 20%; Sucessos – 80%) e a CD1 (Problemas – 50%; Sucessos – 50%).

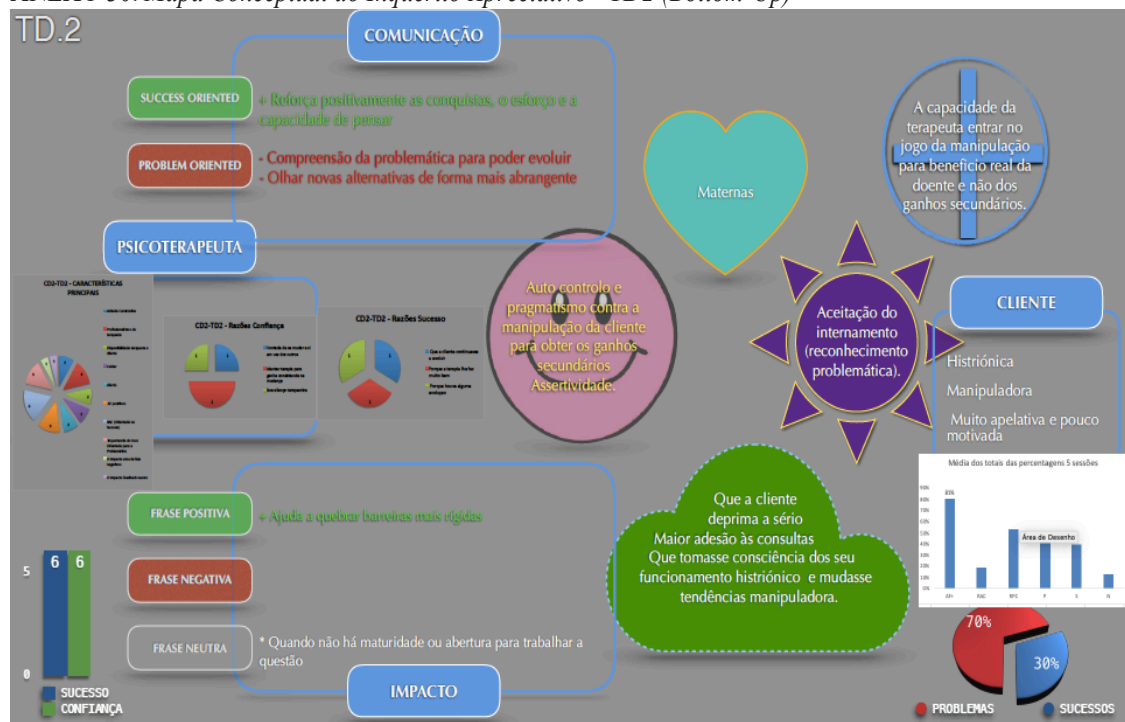
Fazendo uma análise genérica a este caso, podemos salientar a *grande proximidade* e o facto de ser um caso que a terapeuta refere “gostar” que pode ter influenciado esta mesma *proximidade*, como características preponderantes no sucesso da terapia. Estamos aqui a falar de características que servem de suporte numa boa relação terapêutica, e que influenciam no sucesso de qualquer processo terapêutico.

São também referidas a *motivação* da CD1 e o *empenho* da TD1, bem como características e competências pessoais e profissionais das duas.

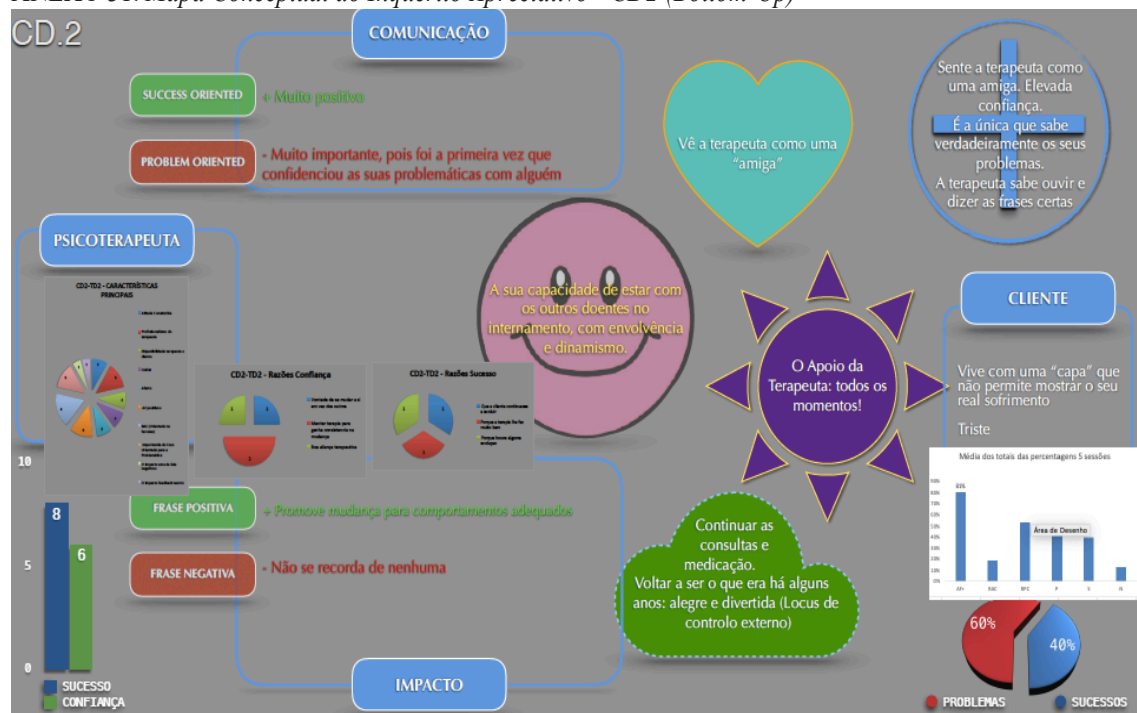
ANEXO 29. Resultado longitudinal das 5 sessões – Díade H



ANEXO 30. Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - TD2 (Bottom-Up)



## ANEXO 31. Mapa Conceptual do Inquérito Apreciativo - CD2 (Bottom-Up)



## ANEXO 32. Descrição de mapa conceptual diade H (Top-Down)

### ENTREVISTA TERAPEUTA (TD2) - CLIENTE (CD2)

No que diz respeito à Comunicação Centrada no Positivo, ambas referem a sua importância embora em formatos diferentes. A CD2 refere ser  *muito positivo*. A TD2 realça a sua importância afirmando que  *reforça positivamente as conquistas, o esforço e a capacidade de pensar*.

Quanto à Comunicação Centrada no Problema, a CD2 considera que foi muito importante por ter sido a primeira vez que confidenciou as suas problemáticas com alguém. Já a TD2 apela a sua importância pelo conteúdo, alegando que serve para compreender a problemática e poder evoluir e olhar novas alternativas de forma mais abrangente.

Relativamente ao Impacto de uma Frase Positiva, ambas respondem no mesmo sentido positivo e construtivo: a TD2 refere que  *ajuda a quebrar barreiras mais rígidas* e a CD2 afirma que  *promove mudança para comportamentos adequados*. Quanto ao Impacto de uma Frase Negativa, apenas a CD2 respondeu, alegando que  *não se recorda de nenhuma*. No caso de uma Frase Neutra, é referida apenas pela TD2 como um formato que deve ser usado apenas quando  *não há maturidade ou abertura para trabalhar a questão*.

Em relação à Identificação de um Momento Alto, a TD2 refere o  *reconhecimento da problemática* e a CD2 refere o  *apoio da terapeuta, em todos os momentos*.

Quanto ao que Colocaram Melhor de Si, a TD2 refere o seu autocontrolo e pragmatismo contra a tentativa de manipulação da cliente para obter os ganhos secundários e a sua assertividade. Já a CD2 refere a sua capacidade em estar com os outros doentes no internamento, com envolvimento e dinamismo.

Numa Visão do Exterior para o Sucesso do Processo Terapêutico, é referido pela TD2 as suas competências pessoais e profissionais, nomeadamente o  *profissionalismo, pragmatismo, assertividade e autocontrolo para evitar a contratransferência* bem como, a sua  *capacidade de entrar no jogo de tentativa de manipulação por parte da cliente, mas em benefício dela e não dos ganhos secundários*, descrevendo a cliente como  *histriónica, manipuladora, muito apelativa e pouco motivada*. Quanto à CD2, esta refere as características da terapeuta como  *saber ouvir, orientar para a resolução do problema e ser muito apoiante*. Refere ainda sentir a terapeuta como uma  *"amiga"*, uma  *elevada confiança*, o facto de ser a  *única que sabe verdadeiramente os seus problemas* e a capacidade de  *saber ouvir e dizer as palavras certas*. Em relação às suas características, refere ser uma pessoa  *triste* e que  *vive com uma capa que não permite mostrar o seu real sofrimento* como características que possam dificultar o sucesso terapêutico.

Em relação aos Desejos para o Futuro, a TD2 considera que seria benéfico para a CD2 deprimir à séria. Acrescenta ainda uma maior adesão às consultas e que tomasse consciência do seu funcionamento histriónico e mudasse as tendências manipuladoras.

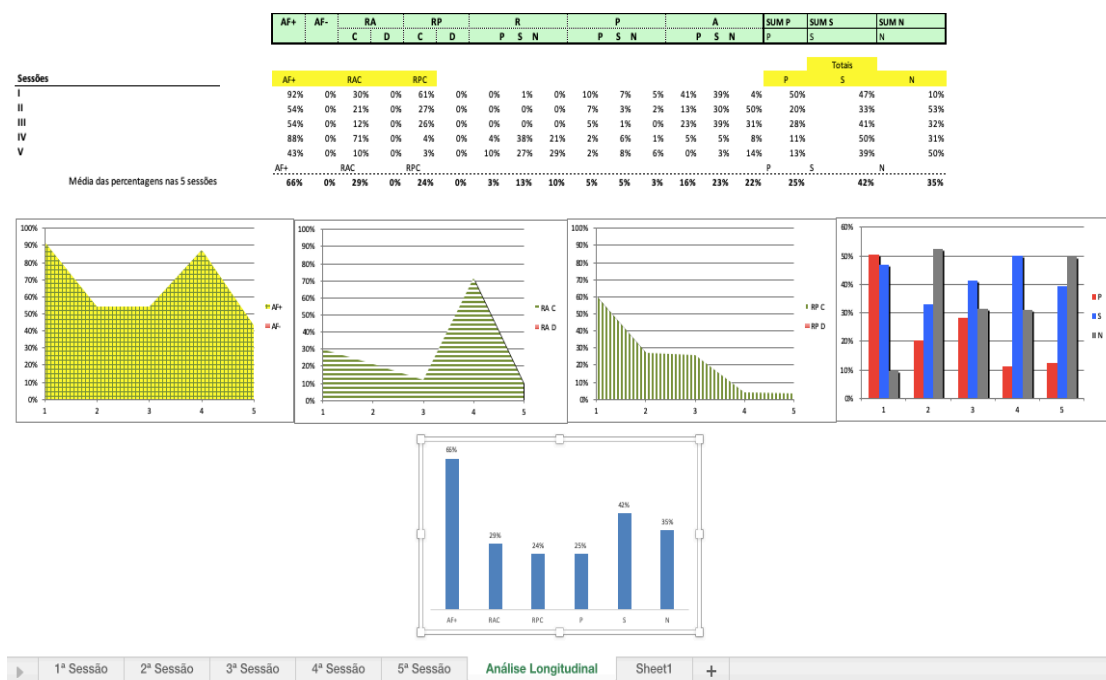
No que diz respeito à avaliação quantitativa, em relação à Perceção do Sucesso da Terapia, a TD2 é mais pragmática e realista (TD2 - 6; CD2 - 8) e em relação à Confiança no Sucesso do Processo as respostas são idênticas (TD2 - 6; CD2 - 6), denotando uma maior consciência por parte da cliente. Em relação à Perceção do Foco nos Problemas e Sucessos, aproximam-se ambas as respostas: a TD2 (Problemas - 70%; Sucessos - 30%) e a CD2 (Problemas - 60%; Sucessos - 40%).

Fazendo uma análise genérica a este caso, podemos salientar a existência de uma cliente com características  *histriónicas e manipuladoras*, com um Locus de Controlo Externo e que revela uma grande proximidade da terapeuta, afirmando que a sente como uma  *"amiga"*. Desta forma, a atitude da terapeuta teve que ser mais controlada de forma a lidar com este tipo de perfil, alegando  *pragmatismo, autocontrolo para evitar a contratransferência, assertividade e profissionalismo*.





ANEXO 34. Exemplo da folha Excel com totais das 5 sessões (análise longitudinal)



ANEXO 35. *Tabela resumo das categorias para ajuda na prática clínica*

Relevância das categorias por terapeutas	Relevâncias das categorias por clientes
<b>1 Tema - O maior contributo para o processo terapêutico</b>	
Cuidar (8)	Atitude construtiva (8)
Disponibilidade (7)	Cuidar (5) Afeto (5) Profissionalismo (5)
Empatia (6)	Disponibilidade (4)
Afeto (5) Profissionalismo (5)	Empatia (1)
Atitude Construtiva (3)	
Identificação da problemática principal (4)	Identificação da problemática principal (4)
Reconhecimento da evolução terapêutica (1)	Reconhecimento da evolução terapêutica (2)
Características associadas ao cliente (7)	Características associadas ao cliente (4)
Características associadas ao processo terapêutico (4)	Características associadas ao processo terapêutico (3)
<b>2 Tema - O impacto do <i>feedback</i> positivo orientado para o sucesso</b>	
<b>Características semelhantes</b>	
Reforça comportamentos (5)	Promove bem-estar (5)
Evolução, mudança e crescimento (4)	Incentiva (4)
Incentiva (1) Valida (1) Reconhece (1)	Valida (3)
	Evolução, mudança e crescimento (2) Reconhece (2)
<b>Características que as distinguem</b>	
<b>AF+</b>	
Estratégias alternativas mais eficazes (2)	Estratégias alternativas mais eficazes (2)
Denota interesse e aceitação (1) Segurança (1)	Denota interesse e aceitação (1)
<b>RAC</b>	
Fortalece os clientes (2)	Orgulho (2)
Aumenta confiança na relação (1)	
<b>3 Tema - O impacto dos atos de fala negativos (AF-), <i>feedback</i> neutro e das respostas orientadas para a problemática (ROP)</b>	
<b>AF-</b>	
Confronta e estimula questionamento (7)	Confronta e estimula questionamento (6)
Deve ser dito num formato construtivo (5)	Deve ser dito num formato construtivo (2)
<b><i>Feedback</i> Neutro</b>	
Temáticas menos valorizadas (5)	Promove reflexão e crescimento (3)
Promove reflexão e crescimento (1)	
<b>ROP</b>	
	Denota interesse e fomenta partilha (5)
Ajuda a gerir angústias (4)	Ajuda a gerir angústias (4)

ANEXO 36. *Tabela resumo das categorias no NVIVO*

Nome	Descrição	Fontes	Referências
<b>Estudo 1 e Artigo - The best of Us</b>	The best of us and beyond	16	436
Desejos-Objetivos		14	43
Convergência Sonhos-Objetivos		6	6
TA1-CA1 - Manter e melhorar competências pessoais doente	Convergência	2	2
TA2-CA2 - Manter Profissionalismo		2	2
TD2-CD2 - Manter Apoio e Profissionalismo		2	2
Tipo de Desejos-Objetivos	Terapeuta	14	37
Associadas ao Cliente	Diz respeito às aptidões pessoais que o cliente tem que ter consciência e continuar a trabalhar nas mesmas. Os clientes usam temas relacionados com coragem, paciência, autoestima e assertividade. Refere-se, igualmente, à capacidade do terapeuta de manter o cliente focado nos aspetos que tem que melhorar, referindo-se a temas relacionados com autoconfiança, Auto consciencialização, força e dedicação a ela própria.	11	25
Associadas ao Processo	Representa o sucesso da terapia e a manutenção da frequência das sessões, bem como do profissionalismo do terapeuta.	7	12
Momentos Altos-Foco terapêutico		12	18
Convergência Momentos Altos - Identificação Problemática	De que forma a convergência de identificação do um momento alto denota clareza da problemática, por sua vez, uma processo terapêutico mais consciente e, consequentemente, maior perceção de confiança e sucesso no processo terapêutico. Questão 25, pergunta 9 IA Clientes e Terapeutas	6	6
TA1-CA1		2	2
TA2-CA2		2	2
TD1-CD1		2	2
Tipo de Momentos Altos	Terapeuta	11	12
Identificação da problemática	Significa que esta identificação ajudou o cliente a ter mais consciência do seu processo terapêutico, promovendo novos insights e maior clarividência sobre a sua problemática, possibilitando assim mudar o comportamento disfuncional.	8	8
Reconhecimento da evolução	O reconhecimento do terapeuta quando apresentava evolução e melhorias no processo	3	4

O Melhor do Processo Terapêutico	pergunta 10 e 11 do IA	16	70
Atitude Construtiva	Representa a capacidade de ambos, terapeuta e cliente, usar a motivação e o encorajamento no processo terapêutico. No caso dos clientes, eles mostram a capacidade para serem positivos e otimistas. Também se refere à força e autoconfiança, evitando o pessimismo e uma tendência natural em não acreditar no próprio. No caso dos terapeutas, refere-se à capacidade de empolar o lado positivo dos clientes, motivar e encorajar a continuar dando força e autoconfiança.	11	20
Cuidar	Representa proximidade pela capacidade empática e de criar uma boa relação terapêutica. Também diz respeito aos afetos, onde referem que se sentem próximos um do outro ou com o outro, referindo inclusive, uma distância física diferente, estabelecendo uma relação de maior proximidade. Alguns clientes e terapeutas usam a palavra "amizade" embora saibam que é uma amizade com barreiras. Os terapeutas referem que gostam do cliente e/ou que se identificam com ele e/ou com o caso- relação emocional com barreiras	13	22
Afeto	Há uma proximidade afetiva, onde a cliente e a terapeuta referem que gostam uma da outra ou, simplesmente, da outra. Usam conceitos como amizade, embora saibam que tem limites. O terapeuta revela igualmente que gosta do caso e/ou se identifica com a sua história.	10	12
Empatia-Relação	A empatia e relação referida por cada uma	7	10
Disponibilidade terapeuta e cliente	Denota dedicação, compromisso e esforço no e para o processo, de ambas terapeuta e cliente. No caso do terapeuta, significa que tem uma vontade honesta de estar ali com o cliente, mostrando que tem verdadeiro interesse em ajudar o cliente. Igualmente, a capacidade de ouvir com sabedoria e dedicação de forma a devolver as palavras certas. Os clientes descrevem isto como muito importante. No caso dos clientes, significa honestidade, autenticidade e dedicação.	11	14
Profissionalismo do terapeuta	Inclui temas como pragmatismo e a escolha das palavras certas, ajudando na criação de novas perspectivas da problemática, promovendo insight e alívio no cliente. Da mesma forma, a capacidade de mostrar segurança, tranquilidade e autoconfiança, ajudando o cliente a quebrar algumas barreiras e confiar no terapeuta, devolvendo reformulações construtivas e	10	14

	mostrando credibilidade. Finalmente, a capacidade em compreender o cliente e ajudá-lo na organização e clarificação da sua narrativa		
<b>Estudo 2 - Impacto de feedback positivo orientado para o sucesso</b>	O impacto do feedback positivo	16	140
Geral - Importância RAC's e AF Positivos		16	64
AF positivos		13	21
Gatilho de novas estratégias e validação		9	13
Incentiva, revela interesse e aceitação		7	8
RAC (Orientado no Sucesso)		16	43
Fortalece e gera confiança		6	11
Reforça e encoraja		15	32
Importância AF Positivos	Avalia a questão 5 do Inquérito Apreciativo	14	30
Descoberta de Estratégias Alternativas Mais Eficazes		4	4
Reconhecimento do esforço Dedicado		1	1
Reforço de Comportamentos		1	1
Denota Interesse e Aceitação		2	2
Incentiva		2	2
Promove Bem-Estar		2	3
Promove Evolução e Crescimento		3	3
Segurança		1	1
Valida		3	3
Importância das RAC (Orientado no Sucesso)	Avalia a Pergunta 3 do IA	16	46
Reconhecimento do Trabalho Conquistado		2	3
Reforço de Comportamentos		4	4
Valida Comportamentos		1	1
Aumenta Confiança na Relação		1	2
Encoraja e Motiva		3	4
Fortalece os mais fragilizados		2	3
Promove Bem-Estar		3	8
Promove Mudança, Evolução e Crescimento		3	7
Promove Orgulho		2	2
<b>Estudo 3 - Impacto de feedback negativo, neutro e orientado para o problema</b>	O impacto da terapia focada no sucesso e na problemática	16	98
Importância do Foco Orientado para a Problemática	Questão 4 do IA	15	25
Ajuda a gerir angústias		12	18
Ajuda a identificar, compreender e lidar com angústias, promovendo aceitação dos problemas		5	5
Ajuda a olhar para a situação de forma positiva		1	2

Ajuda a ressignificar o problema		1	1
Fomenta reaprendizagens de novas estratégias		2	2
Mostra outras alternativas construtivas ajudando nas situações mais difíceis		2	3
Promove mudança e evolução que deve ser depois reforçado		3	3
Sempre contrabalançado com incentivo		1	1
Denota interesse e fomenta partilha		5	7
Denota interesse e disponibilidade para ouvir		3	4
Promove partilha e alívio		2	2
Promove sentimento de apoio		1	1
O Impacto atos de fala negativos	Questão 5 do IA	13	58
Confronta e estimula questionamento		13	49
Ajuda a confrontar, questionar e pensar para crescer		6	6
Ajuda a reconhecer e interiorizar os erros, e a aceitar a mudança		2	2
Crítica estimulante que provoca algo positivo e construtivo		3	3
Mostra a versão correta através de um profissional		3	5
Deve ser dito num formato positivo		7	9
Pode ser desastroso e afastar o cliente da consulta		3	3
Positivo se dito de determinada forma ou contrabalançado com feedback positivo		3	3
Quebra relação terapêutica		2	2
O Impacto feedback neutro	Questão 5 do IA	9	15
Para temáticas menos valorizadas		5	6
Impacto neutro		3	3
Para temáticas menos valorizadas ou que ainda não estejam preparados		2	3
Porque-Como-De que Forma		0	0
Como		0	0
De que forma		0	0
Porque		0	0
Promove maior reflexão e crescimento		4	9
Incentivo para maior esforço e dedicação		1	1
Obriga o cliente a pensar		1	1
Promove a reflexão de um tema		1	1
Promove crescimento		1	1
<b>Estudo 4 - Convergências/Divergências Escalas Sucesso e Confiança no Processo</b>	Valor atribuído às escalas de sucesso e confiança, pelos terapeutas e clientes	16	187
Convergência Confiança	Processos que convergiram na confiança para terapeutas e clientes	14	14

CA1-TA1		2	2
CA2-TA2		2	2
CB2-TB2		2	2
CC1-TC1		2	2
CC2-TC2		2	2
CD1-TD1		2	2
CD2-TD2		2	2
Convergência Sucesso	Processos que convergiram na avaliação de sucesso, para terapeutas e clientes	10	10
CA1-TA1		2	2
CA2-TA2		2	2
CB2-TB2		2	2
CC1-TC1		2	2
CD1-TD1		2	2
Divergência Confiança	Processos que divergem na avaliação de confiança, para terapeutas e clientes	2	2
CB1-TB1		2	2
Divergência Sucesso	Processos que divergiram na avaliação de sucesso, para terapeutas e clientes	6	6
CB1-TB1		2	2
CC2-TC2		2	2
CD2-TD2		2	2
<b>Escala de Confiança</b>	Percepção de sucesso avaliada em escala de likert de 1 a 10	16	92
Inferior igual a 7		5	5
O que teria que acontecer para subir meio ponto		14	36
Características cliente a melhorar		4	13
Manter terapia com assiduidade para ganhar consistência		4	10
Nada		6	6
Porque não escolheu o numero imediatamente abaixo		15	40
Boa adesão, aliança e motivação		15	40
Perspetiva do cliente	Confiança - Porque não deu meio ponto abaixo	6	7
Perspetiva do Terapeuta	Confiança- porque não desceu maio ponto	8	12
Superior a 7	Na escala 1 a 10	11	11
<b>Escala de Sucesso</b>	Percepção de sucesso avaliada em escala de likert de 1 a 10	16	84
Inferior igual a 7		5	5

O que teria que mudar para subir meio ponto	14	35
Características cliente a melhorar	9	24
Manter acompanhamento e aumentar periodicidade	5	11
Porque não escolheu um numero abaixo	16	32
Está muito próximo do sucesso	16	32
Superior a 7	11	12
<b>Este tipo de intervenção funciona</b>		
Avaliar as razoes que dão para que este tipo de intervenção funcione	16	21
Funciona, mas requer alguns aspetos	5	8
Funciona muito bem	13	13
<b>Percentagem sucessos e problemas</b>		
perceção da percentagem alocada a cada um, por clientes e terapeutas	14	24
Inferior 50%Suc Superior 50% Problemas	8	15
Superior 50%Suc Inferior 50% Problemas	6	9
<b>Satisfação Geral</b>	16	43
Satisfação com evolução processo - Fator Temporal de 5 sessões	16	23
Satisfação com o processo tendo em consideração o fator temporal das 5 sessões		
Bastante Satisfeito	6	6
Convergência BastSatisf	4	6
CA1-TA1	2	4
TD1-CD1	2	2
Convergência Satisfação com graus diferentes	4	4
CA2-TA2	2	2
CD2-TD2	2	2
Satisfeito	10	11
Convergência Satis	8	8
Convergência de grau de satisfação entre terapeuta e cliente tendo em consideração o fator temporal das 5 sessões		
CB1-TB1	2	2
CC1-TC1	2	2
CC2-TC2	2	2
TB2-CB2	2	2
Satisfação com melhoria e evolução do problema	16	20
Avaliação da satisfação		
Bastante Satisfeito	6	7
Convergência Bast Satis	4	6
Convergência de grau de satisfação entre terapeuta e cliente tendo em consideração a melhoria dos sintomas		
CA1-TA1	2	4
CB2-TB2	2	2



---

Convergência Satisfação com graus diferentes	2	2
CA2-TA2	2	2
Insatisfeito	1	1
Divergência Insatisf e Satis	2	2
CD2-TD2	2	2
Satisfeito	9	10
Convergência Satis	8	11
	Convergência de grau de satisfação entre terapeuta e cliente tendo em consideração a melhoria dos sintomas	
CC1-TC1	2	3
TB1-CB1	2	3
TC2-CC2	2	3

---